

Socio-Sanitaria

Yoana BARRIOS DOMÍNGUEZ

**DIAGNÓSTICO DEL PAPEL DEL
TRABAJADOR SOCIAL EN SALUD
MENTAL EN NAVARRA**

TFG/*GBL* 2014

upna
Universidad
Pública de Navarra
Nafarroako
Unibertsitate Publikoa

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales
Giza eta Gizarte Zientzien Fakultatea

Grado en Trabajo Social

Grado en Trabajo Social

Trabajo Fin de Grado
Gradu Bukaerako Lana

***DIAGNÓSTICO DEL PAPEL DEL TRABAJADOR
SOCIAL EN SALUD MENTAL EN NAVARRA***

Yoana Barrios Domínguez

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
GIZA ETA GIZARTE ZIENTZIEN FAKULTATEA

**UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA
NAFARROAKO UNIBERTSITATE PUBLIKOA**

Estudiante / Ikaslea

Yoana Barrios Domínguez

Título / Izenburua

Diagnóstico del papel del trabajador social en Salud Mental en Navarra

Grado / Gradu

Grado en Trabajo Social

Centro / Ikastegia

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales / Giza eta Gizarte Zientzien Fakultatea

Universidad Pública de Navarra / Nafarroako Unibertsitate Publikoa

Director-a / Zuzendaria

Jose María Uribe Oyarbide

Departamento / Saila

Trabajo Social

Curso académico / Ikasturte akademikoa

2013/2014

Semestre / Seihilekoa

Primavera / Udaberrik

Resumen

Este estudio pretende caracterizar la posición que ocupa el Trabajo Social Sanitario en Navarra, justificando la labor necesaria e importante que desempeña el trabajador social en toda intervención realizada en el ámbito de la Salud Mental, con especial referencia a la rehabilitación psicosocial del Trastorno Mental Grave.

Es necesario situar los antecedentes a este estudio, es decir, las bases que han permitido que el Trabajo Social y el Sanitario, hayan llegado a donde están actualmente, constituyendo una identidad profesional.

Destacando la labor de las pioneras que empezaron y las que siguen continuando en la lucha por defender la implantación del trabajador social sanitario en todo recurso sanitario que se precie.

Centrándonos en un fenómeno que ha marcado al Trabajo Social Sanitario, como es el caso de la reforma psiquiátrica que supuso un antes y un después en el tratamiento de la Salud Mental en nuestros días.

Palabras clave: salud mental; trabajo social; identidad profesional; trastorno mental grave; rehabilitación psicosocial.

Abstract

This study aims to characterize the position of the sanitary social work in Navarre. Justifying the necessary and important work of the social worker intervention in the field of Mental Health, with special reference to psychosocial rehabilitation of Severe Mental Disorder.

It is necessary to situate the antecedents to this study; the bases that have allowed the Social Work and Health, have reached where they are today constituting a professional identity.

Highlighting the work of the pioneers who started and which continue in the struggle to defend the implementation of health social worker in all sanitary resource appreciate.

Focusing on a phenomenon that has marked the Sanitary Social Work, as in the case of

psychiatric reform that supposed before and after in the treatment of Mental Health today.

KEY WORDS

mental health; social work; profesional identity; severe mental disorder; psychosocial rehabilitation

Índice

Introducción	1
1. ¿Qué es el Trabajo Social ?	3
2. ¿Qué es el Trabajo Social Sanitario?: inicios y desarrollo	7
2.1. Objetivos Generales del estudio	19
2.2. Objetivos Específicos del estudio	19
2.3. Metodología del estudio	19
3. ¿Qué se entiende por salud y salud mental ?	22
3.1. Definición de salud y salud mental	22
3.2. La reforma psiquiátrica en España	24
3.3. La reforma psiquiátrica en Navarra	28
4. Presentación del centro donde se ha realizado el estudio de campo	38
4.1. ¿Qué es Clínica de Rehabilitación ?	40
4.2. ¿Cómo ingresan los pacientes ?	45
5. Análisis de las entrevistas y cuestionarios realizados	52
5.1. ¿Qué han dicho los profesionales?	53
5.2. ¿Qué han dicho los pacientes ?	60
5.3. ¿Qué han dicho las profesionales del Trabajo Social?	66
6. Implicación personal en el estudio	72
Conclusiones del análisis realizado	
7. Propuesta de mejora para el colectivo de Trabajo Social	76
Referencias	
Anexos	
Anexo I. Presentación de casos	
Anexo 2. Cuestionarios a profesionales del centro	
Anexo 3. Entrevistas a pacientes	
Anexo. 4. Cuestionario a Trabajo Social	

Introducción

Antes de comenzar este trabajo me gustaría empezar explicando las razones que me han llevado a realizar este “Diagnóstico del papel del trabajador social en Salud Mental en Navarra”.

Tanto el año pasado como este, he tenido la suerte de realizar mis prácticas de Grado en centros pertenecientes a la Red de Salud Mental Navarra. La Salud Mental me fascina y más aún todavía la intervención que realiza el Trabajo Social en ese campo.

Aunque el Trabajo Social cada vez está teniendo más influencia en otros ámbitos debido a la situación de crisis en la que estamos, las personas con Trastorno Mental Grave me parece un colectivo con muchas necesidades y mucha estigmatización y por ello he querido conocer más la intervención que se realiza con ellas y ver de primera mano cómo valoran la labor del Trabajo Social.

Dependiendo del tipo de recurso sanitario que sea se realiza un tipo de intervención u otro desde Trabajo Social. Este semestre, he realizado mis prácticas en la Clínica de Rehabilitación de Salud Mental.

Un recurso que me ha permitido conocer las diferentes funciones que realiza la trabajadora social dentro del equipo multidisciplinar. Con este diagnóstico pretendo conocer cuál es la situación del Trabajo Social Sanitario en Navarra, concretamente en el centro de prácticas.

El estudio empírico está basado en una fundamentación teórica, donde se sitúan las bases y el desarrollo que ha tenido el Trabajo Social en el ámbito sanitario hasta ahora. Así como la reforma psiquiátrica que inundó Navarra en los años 80 y que ha supuesto una ola de cambios favorables a la visión de la Salud Mental y a la intervención con personas con Trastorno Mental Grave.

La parte práctica está constituida por cuestionarios a los profesionales del equipo multidisciplinar y a las profesionales del Trabajo Social, seguido de unas entrevistas realizadas a pacientes del centro. Con el propósito de justificar y comprobar si todas las afirmaciones y teorías que se han dado a lo largo del Trabajo Social son reales hoy en día.

1. ¿QUÉ ES EL TRABAJO SOCIAL?

“El Trabajo Social promueve el cambio social, la solución de los problemas en las relaciones humanas y la capacitación y liberación de las personas para mejorar su bienestar. Utilizando teorías de la conducta humana y de los sistemas sociales, el Trabajo Social interviene allí donde las personas interactúan con su entorno. Los principios de los derechos humanos y de la justicia social son fundamentales para el Trabajo Social.” (Asamblea General de la Federación Internacional de Escuelas de Trabajo Social, 2000) Disponible en (15/04/2014): <http://trabajosocialya.mforos.com/1812496/9211805-algunas-propuestas-teoricas-del-concepto/>.

Haciendo una reflexión personal de esta definición, me gustaría señalar que al fin y al cabo la labor del trabajador social es buscar el bienestar del individuo, del usuario o el paciente según el contexto en el que se encuentre inmerso.

Favorecer el cambio social está en nuestras manos, puesto que hay que intervenir en la pobreza y en la exclusión que generan algunas situaciones de las personas que no están bien aceptadas por la sociedad. Se trata de trabajar en todos los niveles, en la comunidad, para la comunidad y por la comunidad, promoviendo movimientos en favor del cambio.

El individuo es la persona que se encarga de resolver los conflictos que se generan en sus relaciones sociales, pero toda persona necesita ayuda en algún momento de su vida dependiendo de sus circunstancias o características personales. Es el profesional del trabajo social quien ayuda en esa labor de resolución de conflicto, a elaborar un plan de objetivos, a trabajar siempre con el consentimiento y aceptación de la persona usuaria o paciente.

En concreto en el contexto comunitario, se pretende fortalecer y liberar al pueblo, es decir, dar herramientas y empoderar a todas las personas para que luchen por sus derechos y tengan las mismas oportunidades que el resto sea cual sea su situación personal, siendo el Trabajo Social la plataforma o trampolín para que esa movilización se lleve a cabo.

Como todos conocemos el trabajo social surgió de la mano de Mary Richmond, la cual

definió el trabajo social de casos. Antón A, (1996). *Mary Richmond y el Trabajo Social*. Madrid. Disponible en (14/03/2013): http://www.uam.es/personal_pdi/economicas/aanton/publicacion/articulos/trabajosocial-richmond.htm

Reflexionando un poco sobre lo que el autor habla en el artículo, Mary Richmond, es una pionera con 40 años de experiencia en el campo del trabajo social, que ha dado un enfoque técnico y teórico a la práctica del Trabajo Social. Su labor se basa en la gran aportación que realizó con respecto a la defensa del Trabajo Social, el cual, no sólo se trata de un proceso de metodología educativa que pretenda adaptar a la gente a la sociedad en la que viven, sino de un proceso de investigación en el que se consigan avances y reformas sociales para mejorar y que la sociedad progrese.

Para lograr ese cambio lo imprescindible es adaptar a esas personas a la sociedad en la que se encuentran, pero también hay que adaptar esa sociedad a las personas. Desde mi opinión, esto es algo que actualmente es la esencia de la profesión, teniendo en cuenta la situación de crisis en la que nos encontramos y que no se presta a facilitar a las personas su inserción en la sociedad ni marca cada día más diferentes clases sociales existentes.

Como sigue reflexionando el autor, dentro de esa visión de Trabajo Social que defendía M. Richmond, estaba la de encargarse de los casos individuales, así como investigar y denunciar aquellos problemas sociales o necesidades crecientes, favoreciendo una opinión pública positiva a la reforma y a los avances en el ámbito social. No sirve de nada intervenir un caso y solucionarlo cuando eso es “pan para hoy y hambre para mañana”, por lo que es necesario que el Trabajo Social se movilice y denuncie aquellas situaciones precarias o de desigualdad en las que viven algunas personas para que no haya que recurrir a intervenir personalmente con ellas.

Mary Richmond instauró el modelo de cliente o usuario (más conocido ahora), que formaba parte del proceso de educación y adaptación que se forjaba en él. Con este usuario se diseñaba un diagnóstico, seguido de un plan o programa de integración que estaba formado por los objetivos a conseguir con el cliente y/o usuario. Como vemos, se trata de la misma intervención que se realiza actualmente en los Servicios Sociales o en cualquier otro recurso social o sanitario.

Diagnóstico del papel del trabajador social en Salud Mental en Navarra

Ella no sólo propuso una intervención a nivel individual, sino también a nivel grupal, llamada dinámica de grupos propuesta a los profesionales de la Psicología de la época. Como ya se ha afirmado, la persona está integrada dentro de la comunidad y por tanto es necesario trabajar e intervenir en este sentido para facilitar la integración y el bienestar de todas las personas dentro de la sociedad. Consideraba beneficioso el uso de ayuda o subsidio económico, lo que actualmente se está viendo acrecentar con la situación de crisis y desempleo existente y que además gente que nunca ha tenido que recurrir a los Servicios Sociales se ha visto necesitada de ayuda, con la connotación negativa o despectiva que algunos colectivos le quieren dar.

En cambio rechazaba el papel de trabajador social como expendedor de limosnas, ya que lo concebía como algo denigrante tanto para el que lo daba como el que lo recibía. No siendo considerado así en los casos en los que realmente había una justificación de solicitud de prestación o subsidio.

Destacar que por aquella época la beneficencia estaba en su auge, y Richmond era una gran luchadora contra esa concepción del Trabajo Social que se vinculaba a los círculos cristianos y que consistía únicamente en quedarse con alguna limosna y subvención.

Considero, que hay que ayudar a la persona a que por ella misma salga adelante, no se soluciona el problema dándole una ayuda económica, porque eso es algo temporal, la persona necesita de herramientas que le permitan conseguir sus propias metas, por tanto la limosna no ayuda al crecimiento y mejora de las personas.

Como bien se relata en el artículo, si nos remontamos a la historia antigua, la mujer ha sido la encargada de velar por los cuidados de la familia, de los enfermos y de las personas dependientes, ya que el varón era el encargado de mantener y garantizar el bienestar y la supervivencia de la especie (junto con la mujer), además del mantenimiento de la producción. Una concepción que todavía tiene sus defensores pese a la lucha por la igualdad entre hombres y mujeres y la incorporación de ésta al mundo laboral.

Es por ello que el Trabajo Social está visto y conceptualizado como el último apoyo que acepta la comunidad entera, debido a las connotación negativas (ya citadas anteriormente) que algunos colectivos hacen de ésta nuestra profesión. La

intervención a la acceden los clientes y usuarios por parte de los trabajadores sociales es percibida como residual, creyendo el propósito de que esas ayudas que se dan tienen un fin muy claro, el de evitar la revolución de los más desfavorecidos.

Este último concepto me gustaría contextualizarlo en nuestra sociedad actual. La crisis ha generado que la gente salga a la calle a reivindicar sus derechos como ciudadanos libres que son, el Gobierno lleva a cabo unos recortes que afectan a algunos sectores de la sociedad más que a otros.

Todo esto ha conllevado que los perfiles de usuarios que acudían a los Servicios Sociales hayan cambiado de patrón y que ahora necesiten ayudas que antes no se imaginaban que iban a necesitar.

Está claro que el fin de dar esas ayudas para evitar que la gente se subleve es real en esta situación en la que nos encontramos. Hay mucha gente que con lo percibe económicamente le es suficiente (aunque en determinadas situaciones es diferente) y prefiere que los que luchan sean otros.

La familia es un elemento clave de intervención, en ella podemos vislumbrar aquellas necesidades que la propia persona usuaria no revela por determinadas razones. De ahí la creación del Caso Social Familiar vaya de la mano del Caso Social Individual.

Se pasa de la visión del trabajador social como expendedor de limosnas a la de gestores de los recursos humanos y presupuestarios, concretamente en España hacia los años 70, a convertirse en agentes sociales y de dinamización. Es decir, el Trabajo Social ya se ve como algo más que no la mera tramitación de recursos o ayudas económicas.

2. ¿QUÉ ES EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO? INICIOS Y DESARROLLO

Una vez situadas las bases del Trabajo Social que han permitido que la salud se convierta en uno de los campos de intervención, comenzamos a situar el comienzo de la identidad profesional del Trabajador Social Sanitario.

Como señala (Redrado L, 2012) el trabajo social sanitario tiene sus comienzos de la mano de Ida Maud Cannon nacida en Milwaukee, (Wisconsin) en 1877. Junto con la colaboración del Doctor Richard Cabot, llevaron a cabo la ampliación de la visión que se tenía de la salud para dar oportunidad a aquellos aspectos o circunstancias sociales que permitieron la implantación de la figura del trabajador social dentro del ámbito de la salud.

Todas estas contribuciones y aportaciones son las que han permitido que hoy en día exista esa figura e identidad profesional dentro de los centros sanitarios y socio-sanitarios de nuestro país y dentro de Navarra.

Aunque Ida Maud era enfermera y estuvo trabajando durante tres años como enfermera visitadora, llegó a la conclusión de que era imprescindible tener una formación especializada como trabajadora social que complementara con su experiencia ya comentada.

Es durante sus estudios, cuando tuvo la oportunidad de conocer a Richard Clark Cabot, el cual, estaba en proceso de desarrollar un programa de Servicios Sociales hospitalarios en el Hospital General de Massachusetts, convirtiéndose así en el primer hospital Estadounidense que contaba con un departamento de Trabajo Social.

De ese modo, consiguió abrirse camino ejerciendo como voluntaria dentro del Departamento de Servicios Sociales del mismo hospital. En él, se procedía a intervenir en su mayoría, con los aspectos referentes al ámbito social y de la salud, al igual que debe de hacerse en cualquier intervención. Sus pacientes, en su mayoría eran inmigrantes que desconocían el idioma, madres solteras, niños que tenían problemas ortopédicos y personas con tuberculosis o enfermedades venéreas, personas como vemos pertenecientes a los colectivos más vulnerables y con más estigmatización de la sociedad.

Todo el trabajo y la labor que estaba realizando Ida Cannon, culminó en 1915, pasando

a ser la líder del departamento de Trabajo Social, cargo que mantuvo hasta su retirada en 1945. El éxito contraído de ese departamento consiguió la integración del mismo, dentro de las consultas internas del Hospital General de Massachusetts, un gran éxito señalable.

Como bien refleja el artículo, durante su carrera como profesional dedicó parte de su tiempo a dar charlas y reuniones con los directores y el personal de los hospitales de todo el mundo con el fin de promover la necesidad de implantar un profesional del Trabajo Social en un centro sanitario. Una de las muchas funciones que realiza el Trabajo Social, la de la movilización y reivindicación de la necesaria figura de un trabajador social que intervenga desde la parte social de la persona e individuo.

A su vez, desarrolló un programa formativo especializado junto con el Colegio de Trabajadores Sociales de Boston y su propio departamento como medio para conseguir la profesionalización del Trabajo Social Sanitario.

Con este programa comprobó que cada profesional del Trabajo Social Sanitario, tenía que contar, tanto con una serie de conocimientos sanitarios como con los propios de Trabajo Social que le capacitaran para poder desempeñar correctamente su labor.

Como aparece en el documento anterior sobre el que estoy reflexionando, se señala el libro "*SocialWork in Hospitals: A contribution to Progressive Medicine*" es el libro que escribió Cannon y que configuró lo que es el primer análisis integral de la evolución y principios de este campo de trabajo (Párrafo 12, pág 208).

Cannon consideraba que era necesaria la existencia de una figura que representase el punto de vista de los pacientes con el fin de elaborar junto con el psiquiatra, la intervención y tratamiento médico tomando como referencia su condición y visión social. Realizando así una intervención más completa y desempeñando las competencias que cada profesional tiene para coordinarse en el proceso terapéutico del paciente.

Fue en el año 1938 cuando ya los trabajadores sociales primeros comenzaron a adjuntar informes sociales en las historias médicas, al igual que se hace hoy en día. Esto conllevó a que se reconocieran los aspectos y datos sociales de la enfermedad para fomentar la intervención en equipo en el cuidado y tratamiento del paciente. No

nos olvidemos que la enfermedad afecta a la persona y afecta de una manera o de otra dependiendo de las circunstancias, apoyos y capacidades que tiene la persona.

Como reconocimiento a su labor como pionera dentro del campo de Trabajo Social Sanitario, se le nombró Doctora Honoris Causa de Ciencia por la Universidad de Boston.

“El trabajador social está entrenado para mantener los ojos abiertos en cada aspecto de la vida”, como aparece señalado en el artículo (Cannon I, pág 209). Se trata de una frase con una gran carga de sentido, ya que dentro de los aspectos de la vida se encuentra el social, además del personal, el físico o el psicológico. Cada aspecto de nuestra vida nos afecta en cierta manera y depende por ello de nuestras limitaciones, circunstancias o capacidades a la hora de desenvolvernó en la vida diaria.

Aparte de Cannon, otras muchas figuras también consideraron necesario el conocer en qué ambiente se encontraban las personas enfermas que se personaban en los hospitales, con el objetivo de saber que a dónde iban a ir al recibir el alta, sobre todo en la mayoría de los pacientes que vivían en un entorno cargado de insalubridad y pobreza donde habían contraído esas enfermedades.

Actualmente, en cualquier intervención es necesaria saber exactamente la situación inicial del paciente para que durante el proceso terapéutico se trabajen aquellos aspectos a mejorar o solventar las carencias que el propio paciente tiene para que de cara a volver a su hogar, pueda desenvolverse de manera autónoma y la intervención haya sido para bien.

Antes de Cannon ya existía otra figura que desempeñaba esa función de Trabajadora Social Sanitaria, ella es: Garnet Isabel Pelton. Contaba con formación como visitadora cuidadora y por ello el Doctor Cabot, en 1903, pensó en ella para que ocupase esa plaza como pionera.

Fue debido al programa de visitas a domicilio que llevaba a cabo Pelton, donde el Dr. Cabot vio la gran importancia que tenía esa herramienta social en la evolución de la enfermedad. Destaco que se trata de un aspecto que ya no se desempeña o se realiza prácticamente en el entorno sanitario, por lo menos por parte de Trabajo Social.

Cannon fue la que cogió el relevo a Pelton cuando ésta enfermó de Tuberculosis. Ciudades como Nueva York o Chicago vieron llegar a lo más alto al Trabajo Social

Sanitario y por ello cogieron como esquema el modelo de Trabajo Social que tenía el Hospital General de Massachusetts.

El artículo cita a la National Conference on Social Welfare, que fue donde se estableció la diferencia entre la ayuda que se ofrecía desde el Trabajo Social Hospitalario y los otros tipos de ayuda que se daban desde la filantropía o cuidadoras clínicas. Desde mi punto de vista, está claro que la filantropía forma parte de la historia del Trabajo Social, pero el Trabajo Social Sanitario implica una preparación previa de conocimientos de carácter clínico y social que intervienen en el proceso de enfermedad de una persona y que hay que tenerlos en cuenta a la hora de intervenir. Era el momento de que el Trabajo Social fuese creciendo como disciplina científica.

¿Cuál era el objetivo clave de la intervención desde el Trabajo Social Sanitario? A primera vista se puede decir que la recuperación del paciente desde la intervención de dos vías, la médica y la social. Exacto, eso implica el prestar atención a todos los aspectos psicosociales de la persona, para proceder al diagnóstico social, el pronóstico oportuno y el tratamiento posterior a llevar a cabo.

Siguiendo el texto, en cuanto a España, no fue hasta los años 70 cuando los Servicios de Atención Primaria de Salud, contemplaran la idea de atención sanitaria integral a la población. En 1984 cuando se reformula y reconstruye el modelo de sistema sanitario en cual se crean los centros de Atención Primaria, se delimitan y constituyen las zonas y distritos de salud. Un comienzo tardío para nosotros si se tiene en cuenta que el Trabajo Social Sanitario lleva en marcha desde hace 100 años.

Después de Cannon, Eleanor Clark fue la directora del Departamento de Servicios Sociales del Hospital General de Massachusetts en el año 1964. Estableció la Unidad de cuidados intensivos dirigida a todas aquellas personas mayores que no tenían la posibilidad de regresar a sus domicilios, además del Programa de Acogimiento Familiar de Adultos.

Dentro del mismo texto al que nos estamos refiriendo, Ida Cannon (desconociendo el año de publicación), realiza la siguiente afirmación: “La labor del trabajador social estaba bien diferenciada de la del resto de profesionales”. No puedo evitar que se me venga a la mente la situación actual, ¿esa afirmación se cumple en estos momentos?,

un poco más adelante comprobaremos que desgraciadamente no es así.

“El trabajo social sanitario en la intervención de casos, tendrá como fin último transformar, para mejorar, las circunstancias pasadas y actuales conflictivas que presenta el paciente (el individuo y su familia)” (Monrós. M, Zafra. E, 2012).

Para mí, esa es una de las muchas labores que tiene el profesional del Trabajo Social, garantizar un bienestar al usuario o paciente a través de la transformación de sus circunstancias, necesidades y las situaciones conflictivas que pueda vivir o que se puedan derivar.

Para realizar cualquier intervención dentro del Trabajo Social Sanitario, existen una serie de procedimientos que se llevan a cabo dependiendo del caso a intervenir. En el mismo texto (pág 13), se señalan los procedimientos que tiene que seguir el Trabajo Social Sanitario. Entre ellos se encuentran:

- El método de trabajo social de caso, el Casework: La intervención centrada en el paciente pero teniendo en cuenta su entorno y apoyos sociales.
- El método de trabajo social de grupo, el groupwork: En el que se interviene a nivel grupal reducido con personas con las mismas necesidades o carencias.
- El método de trabajo social comunitario, community work: En el que se trabaja con la comunidad, para la comunidad y por la comunidad.
- El método del trabajo social de familia: Intervenir con familias que tengan problemas familiares que generen unas carencias a nivel afectivo, social, psicológico...
- La planificación del alta sanitaria: Un elemento imprescindible en cualquier intervención dentro de un recurso sanitario o socio-sanitario y que más tarde desarrollaremos más en profundidad dentro de la Clínica de Rehabilitación.

Por todos es sabido, que los pacientes no sólo pueden ser atendidos únicamente por los profesionales del Trabajo Social Sanitario, sino por aquellos pertenecientes a otros ámbitos, véase: educación, empleo, vivienda, etc.. lo que conlleva a que se realicen acciones conjuntas y de coordinación con ellos para garantizar la asistencia continua al

paciente. Por lo que es necesaria la coordinación externa con los otros recursos sociales a los que el paciente esté recibiendo una atención.

Es necesaria la intervención de los profesionales en todos los ámbitos de la persona ya que todos tienen un grado de influencia en la persona, por lo que hay que prestar atención a todos ellos y centrarse en aquellos que tengan alguna carencia o limitación.

Un gran error es afirmar que los profesionales del Trabajo Social en el ámbito de la salud, trabajan únicamente con personas enfermas. Se trata de una afirmación sesgada, ya que recoge sólo una parte de su trabajo. El trabajador social también se encarga de la sensibilización, prevención en el ámbito de la salud, dónde se establecen programas preventivos y se detecta a personas que se encuentran en riesgo social.

Siguiendo con el mismo texto, el trabajador social también tiene como otras funciones: la promoción de la autonomía del paciente y la de su familia para evitar sobrecarga, de inserción social, tanto en lo formativo como en lo laboral, coordinación con otros recursos, así como la mediación que se puede realizar entre paciente y familia, para conseguir solucionar el conflicto, dando las herramientas e instrumentos necesarios para que ambas partes resuelvan el conflicto por ellas mismas.

Por todo ello, el Trabajo Social Sanitario lleva 100 años entre nosotros, más de 40 años en España, convirtiéndose en una pieza principal y clave del diagnóstico y del plan terapéutico de los individuos y de los colectivos sociales.

Me gustaría señalar a dos trabajadoras sociales muy relevantes en la actualidad que han servido de impulso a lo que hoy en día es el Trabajo Social Sanitario y que han hecho que otras profesionales se sigan movilizándose en la lucha por la identidad profesional.

Ellas son: Amaya Ituarte y Dolors Colom. Ambas profesionales del Trabajo Social Sanitario. Respecto a Amaya Ituarte, como bien describe su título, se pretende dotar y justificar al Trabajo Social Sanitario de un sentido y/o objetivo que todavía para algunos colectivos no está muy aceptado ni asumido. (Ituarte, A, 2009, Zaragoza) señala tres causas a esta invisibilidad o dificultad de visibilidad del colectivo de profesionales del Trabajo Social por parte del resto de profesionales del ámbito de la salud.

Voy a describir brevemente cada uno de ellos y posteriormente desarrollaremos la idea Diagnóstico del papel del trabajador social en Salud Mental en Navarra

que se extrae de cada uno de ellos.

El primer causante de este fenómeno de invisibilidad es que sigue teniendo más relevancia la atención o la visión de lo biológico frente a lo psicosocial. Con lo que conlleva a no comprender el significado que la palabra o el término trae consigo.

Otra causa es que no se encuentra una explicación adecuada o real del significado que tiene el concepto "social" dentro del contexto perteneciente al ámbito científico y teórico y al práctico y profesional del Trabajo Social.

Y la última causa es la que la identidad profesional del trabajador social no se encuentra bien delimitada o definida con la carga negativa que ello trae consigo.

Desarrollando cada punto personalmente, cabe comenzar afirmando que las vivencias personas tienen un campo de actuación que no sólo afecta a lo biológico, sino también a lo psicológico y social. De ahí que esa trío no se pueda disgregar ni quedarse únicamente con el paradigma biologicista ya que no está refutado ni sustentado científicamente.

Es necesario contemplar esos tres aspectos o ámbitos de la persona ya que son los que configuran de manera personal al individuo, permitiendo así que la intervención sea efectiva y real.

Para el Trabajo Social, la enfermedad no es concebida como un acontecimiento o hecho únicamente médico, sino social. En concreto, con el término social nos referimos a que el individuo está insertado dentro de una sociedad, la cual, dependiendo de las limitaciones o circunstancias del mismo, le prestará ayuda o por el contrario lo excluirá de la sociedad.

Por eso, tanto el paciente como las personas pertenecientes a su entorno social (familia, amigos, vecinos...) están afectados por la enfermedad, de ahí que como ya he dicho justo antes, le prestará ayuda o lo apartará y/o alejará de su entorno comunitario.

Las personas nos mantenemos en un entorno social, en el cual, en el caso de la enfermedad, se influye de manera negativa o positiva en el curso de la misma. Es decir, una persona que cuente con apoyos buenos y sólidos en su vida, ya sea familia, amigos... tendrá una posibilidad de rehabilitación o de mejora mucho mayor que una persona enferma que no tiene familia, amigos y vive en la calle.

La situación de la persona, el acontecimiento en el que vive, como la intervención que se

realiza con ella, es social. De ahí que entre los valores que tiene el Trabajo Social se defienda y sostenga la interdependencia de las personas con su entorno social.

Somos seres sociales y sociables, pero para ello necesitamos ejercer esas capacidades que nos vienen innatas, algunas personas tienen más dificultades para desempeñarlas y por ello es necesario intervenir con ellas y darles las herramientas e instrumentos necesarios para que puedan insertarse en la sociedad y vivir en comunidad con el resto, aunque sin olvidar que son personas con su parte individual que necesita de una garantía de bienestar y salud.

Considero importante afirmar que aunque históricamente el Trabajo Social Sanitario ya lleva mucho recorrido, en nuestro país todavía no se ha aceptado del todo y presenta un carácter conflictivo. Tampoco está presente la figura del trabajador social como representante de los departamentos de Trabajo Social en los hospitales o recursos sanitarios específicos.

Su escasa presencia en los centros de salud no permite tampoco que se integren dentro del equipo multidisciplinar ni que se tengan en cuenta de la misma manera que al resto de profesionales sanitarios. Encontrando, en muchas ocasiones problemas u obstáculos a la hora de intervenir con las familias de los pacientes. En cambio, si que suelen ser solicitados o tenidos en cuenta para atender o resolver necesidades concretas en aquellos aspectos del proceso, pero en la mayoría de las ocasiones no existe una continuidad de cuidados en su intervención. No quiere decir que no haya excepciones, pero esta afirmación es generalista.

En cuanto a los dispositivos de Atención Primaria y de Atención Especializada la situación es parecida, no difiere mucho. La autora revela que no hay prácticamente presencia de profesionales del Trabajo Social en los centros de Atención Primaria y en caso de haberlo, se trata de un profesional para un gran núcleo de población con necesidades que atender, al igual que pasa en Navarra.

No siempre están presentes o considerados como "miembros naturales del equipo" (Ituarte, A, pág 6). Así también, la autora del texto señala una definición del Trabajo Social dada por Teresa Zamanillo: "El Trabajo Social es la disciplina científica que se ocupa, precisamente, de todos los fenómenos que tienen que ver con el malestar psicosocial de

las personas, prestando especial atención tanto a los factores que influyen en la génesis de los conflictos psicosociales como a las diversas formas que adquiere la vivencia personal de esos conflictos”.

Con ello, desde mi punto de vista se quiere referir a que la intervención del profesional no sólo tiene que ir encaminada a la resolución del malestar psicosocial sino a la dotación de herramientas a la persona para que el mismo prevenga esos conflictos.

El Trabajo Social realiza dos aportaciones al ámbito sanitario que son importantes y relevantes para cuando nos centremos en el centro de estudio de campo (Ituarte, A, pág 7):

- La profesión del Trabajo Social comprende la interrelación entre los factores de tipo psicosocial y la calidad de la salud de los individuos, grupos y comunidades.
- Además de estudiar, diagnosticar y tratar las situaciones de malestar psicosocial que afectan en la aparición o exaltación tanto de los trastornos físicos como mentales, que hay que tener en cuenta en el contexto general en el que se enmarca la intervención sanitaria.

Como apreciación personal, los factores psicosociales, influyen en la persona y en su salud, por ello es necesario que el trabajador social realice un estudio exhaustivo para conocer hasta qué punto esos factores influyen en la persona, ya que lo hacen de distinta manera según sea ésta.

La intervención se lleva a cabo y contextualiza siendo estudiada primeramente, haciendo un diagnóstico del caso, de la situación o situaciones de malestar psicosocial existentes en la persona que están afectando ya sea al trastorno físico o social. Es decir, aquellas vivencias personales que por una razón u otra están influyendo de manera negativa en su enfermedad, si nos ponemos a verlo desde la Salud Mental.

Para concluir, me gustaría hacer una mención a la invisibilidad que presenta el Trabajo Social en el ámbito Sanitario de la que ya hemos hablado antes.

Según la autora, se cree que hay una actitud reacia o pasiva de los trabajadores sociales, es decir, que esperan a que el paciente o la familia acuda y solicite ayuda y entonces ahí es cuando plantea la intervención.

Como futura profesional del Trabajo Social, estaría bien considerar la idea de que el profesional del trabajo social fuera más autónomo a la hora de intervenir y no esperar a que se les solicite ayuda o se acuda con una demanda explícita.

Pero también hay que reconocer la gran carga de trabajo que tienen la mayoría de los profesionales en su trabajo y que puede ser una razón que dificulte o ponga trabas para que esa autonomía no se ejercite de la manera en la que debería, algo que he comprobado durante mi estancia en el centro.

La otra gran figura del Trabajo Social Sanitario es Dolors Colom: Directora Científica del Master Universitario de Trabajo Social Sanitario, perteneciente a los Estudios de Ciencias de la Salud en la Universitat Oberta de Catalunya (UOC). (Colom, D, desconocido, Blog de Dolors Colom Masfret), Disponible en (20/03/2014): http://www.plusesmas.com/blog_especialistas/dolors_colom_masfret/el_trabajo_social_sanitario_en_tiempos_de_crisis/70.html.

En la entrevista de (Colom, D, 2014, Programa *Para todos*, Canal 2) Disponible en (22/03/2014): <http://www.rtve.es/alacarta/videos/para-todos-la-2/para-todos-2-entrevista-dolors-colom/2333010/>, se habla sobre la planificación del alta, un programa que se ha realizado en varios hospitales de España y que permite planificar el momento más adecuado para que el paciente reciba el alta, reduciendo así la posible recaída.

A la pregunta de: ¿"Qué hace un trabajador social sanitario"?, Colom responde:

"Está en el sistema sanitario y atiende los aspectos sociales de la enfermedad, de las personas enfermas y lo que la enfermedad implica para la familia". Después de eso, realiza el correspondiente diagnóstico social del caso y en base a eso plantea el plan de intervención, aplicando el método científico que se lleva a cabo en Trabajo Social.

Como comenta Colom, la enfermedad afecta de diferente forma a cada persona, de lo que ella siente, desde el punto de vista psicosocial, es algo a tener a cuenta ya que condiciona su manera de vivir. El trabajador social sanitario trabaja estos aspectos con el paciente y permite que su visión o afrontamiento de la enfermedad sea más favorable a un alta. Trabaja con la persona, "ayudamos a la persona a ayudarse", es decir, hay que favorecer la autonomía de la persona para que por ella misma sepa hacer frente a las situaciones diversas que se le planteen.

Para mí, no sirve de nada dárselo todo hecho, ya que desde esa forma de actuar estamos consiguiendo que el paciente no sepa salir solo de la mala situación que atraviesa y que cada vez que caiga recurra a los profesionales para pedir ayuda, con la institucionalización que eso conlleva.

Volviendo al programa de planificación del alta, es un método que Colom conoció en un viaje a Washington y que pretende ser una mejora en la intervención en Salud. Cuando una persona ingresa en un hospital hay una serie de características sociales que hacen mella y crean dificultades a la hora de volver al domicilio.

Refiere que el procedimiento que se sigue es que cuando el paciente ingresa en el hospital, se realiza un screening, es decir una recogida de datos, de su situación social actual, de los apoyos con los que cuenta para que durante la estancia se intervenga con ellos y se realice las mejoras necesarias para que el paciente regrese a su hogar en las mejores condiciones posibles.

Si por el contrario, no se interviene desde el principio, dejando que los problemas surjan al finalizar del proceso de intervención, lo que se está consiguiendo es alargar la estancia en el recurso, lo que no conlleva ningún beneficio, es más, es una estancia innecesaria que puede desembocar en ser contraproducente para el paciente según qué casos.

Esto lo he considerado muy necesario que se refleje en mi estudio, dado que las estancias en los recursos sanitarios deben estar programadas según los objetivos a cumplir con el paciente y que hay que realizar un diagnóstico y plan de intervención desde el momento en el que el paciente ingresa, para que el trabajo sea fructífero y el centro no se convierta en un “estancamiento” o institucionalización de personas.

Colom comentaba que al preguntarle al paciente sobre a dónde va a acudir cuando reciba el alta médica, muchos de ellos respondían que a su domicilio, dependiendo del grado de afectación que la enfermedad tenga sobre ellos, pero en otros casos no saben qué va a ser de ellos. Eso es algo que yo he comprobado con algunos de los pacientes del centro de prácticas, están acostumbrados a ir de un sitio a otro que se sienten vulnerables y perdidos.

Un sentimiento muy común en los pacientes enfermos y que yo he visto en los ingresados en mi centro, es el sentirse una carga para su familia y/o entorno. Eso es crucial en su

proceso de mejora, “ que el enfermo se sienta amado, que no molesta , que siente que la familia se organiza de la manera que se puede dar respuesta a sus necesidades”, “es un sentimiento muy temible, sentir que estas estorbando a la familia”, afirma Colom.

Afirmo que el paciente necesita contar con el apoyo y aceptación por parte de la familia, ya que si no es el caso, eso influye en su enfermedad y le va a hacer querer abandonarse más.

Como ya he comentado anteriormente y reitera Colom, los grados de la enfermedad afectan a la dinámica de cualquier familia, en algunos casos la rompen. Muchas familias tienen que cambiar su forma de vida o sus prioridades por atender a su familiar enfermo. La mayoría de la gente tiene herramientas o recursos propios para hacer frente a cualquier situación, pero las personas enfermas no, por lo que el trabajador social tiene que predecir cuándo se va a producir esa rotura en la dinámica para prestar el apoyo y las herramientas adecuadas para su evitación o disminución.

Para ello, desde la Clínica de Rehabilitación se interviene con la familia y se le presta apoyo psicosocial además de pasarle escalas, tanto al paciente como a la familia, que valoran su nivel de sobrecarga y su percepción de apoyo social, respectivamente.

Uno de los problemas con los que se encuentra el Trabajo Social Sanitario es la crisis actual en la que nos vemos sumergidos. Está produciendo cambios en los parámetros de intervención. Aunque en comparación con los Servicios Sociales, a los pacientes no les afecta tanto la situación económica a la hora de enfrentarse a la enfermedad. En cambio en los Servicios Sociales todo depende de la situación económica, pero en el ámbito sanitario, en la vivencia que el paciente hace de la enfermedad no entra en juego los recursos económicos “no tiene nada que ver con la capacidad económica de las personas”, como afirma Colom.

Respecto a las propuestas o planes de futuro que se plantea el Trabajo Social Sanitario, Colom afirma: “El futuro es lo que nosotros queremos que sea”. Desde mi punto de vista como futura profesional del Trabajo Social, lo importante es lo común que une a los profesionales del Trabajo Social de todo el mundo, sea cual sea su origen y que permite seguir innovando y fomentando las mejoras para que el Trabajo Social siga siendo una figura profesional que poco a poco siga teniendo más hueco en el ámbito sanitario, con la

aceptación por el resto de profesionales que eso conlleva.

Una vez situados los antecedentes y el contexto histórico y actual en el que se enmarca el Trabajo Social Sanitario, me gustaría pasar a situar los objetivos y la metodología que he seguido en la realización de este estudio sobre el papel del trabajador social sanitario en Salud Mental en Navarra.

2. 1. Objetivos Generales del estudio

- Diagnosticar la labor que realiza el Trabajo Social Sanitario en Navarra
- Justificar la labor necesaria e imprescindible del trabajador social sanitario en toda intervención en el ámbito sanitario

2.2. Objetivos Específicos del estudio

- Conocer la valoración que tienen del Trabajo Social Sanitario, los profesionales del equipo y los pacientes de la Clínica de Rehabilitación de Salud Mental
- Conocer la valoración que tienen los Trabajadores Sociales de Clínica de Rehabilitación sobre su situación actual dentro de la red de Salud Mental en Navarra.
- Realizar una propuesta de mejora para el colectivo de Trabajo Social en aquellos aspectos en los que haya que trabajar o se pueda mejorar más.

2.3. Metodología del estudio

Se trata de un estudio empírico, que consta de una base teórica formada por las bases del Trabajo Social Sanitario y en concreto, de la reforma psiquiátrica, un fenómeno que ha marcado un antes y un después en el proceder de la intervención con personas con Trastorno Mental Grave, así como también el papel que desempeña la figura del trabajador social sanitario.

Para refutar y comprobar todas las percepciones e ideas que se tienen sobre el Trabajo Social Sanitario en Navarra, se ha realizado un estudio cuantitativo, basado en la realización de unos cuestionarios para los profesionales de un recurso sanitario perteneciente a Salud Mental, junto con el equipo de Trabajo Social y un grupo de pacientes escogidos del mismo.

Tanto los cuestionarios como las entrevistas personales van dirigidas a conocer la valoración que se tiene acerca de la labor que realiza el Trabajo Social en el ámbito Sanitario, concretamente en ese recurso. Y por último, la posición que ocupa el Trabajo Social según las propias profesionales del centro junto con una propuesta de mejora para el colectivo de Trabajo Social Sanitario.

Centrándonos en la metodología cualitativa realizada, me gustaría detallar y explicar el por qué he escogido la técnica del cuestionario y de la entrevista personal y que proceso he seguido para ello.

El centro escogido para el estudio y posterior análisis, es la Clínica de Rehabilitación de Salud Mental, situada en el complejo del Centro Psicogeriátrico San Francisco Javier, en la Avenida Villava número 53.

Teniendo en cuenta el número de profesionales del que consta el centro, ya se explicarán más adelante, he escogido una muestra de profesionales pertenecientes a cada rama profesional sanitaria: 1 enfermera, 2 psicólogos clínicos (entre ellos la directora de la Clínica), 1 psiquiatra, 2 terapeutas ocupacionales, 1 educadora sanitaria y las 2 trabajadoras sociales del centro.

Los cuestionarios están formados por una serie de preguntas concretas sobre la labor que realiza el trabajador social y la visión que se tiene de él dentro de la red de Salud Mental y más en concreto dentro de la Clínica de Rehabilitación. Las preguntas son de carácter reflexivo y abiertas para garantizar la total libertad a la hora de dar su opinión.

No me he decantado por realizar entrevistas personales a los profesionales ni a las trabajadoras sociales por dos razones: he creído conveniente y más objetivo (para el posterior análisis), no saber quién de cada uno de los profesionales ha respondido al cuestionario para evitar así prejuicios y contaminación a la hora de analizar las respuestas dadas.

Aunque tengo que decir, que durante mi estancia en el centro he sido testigo de ciertas actuaciones que me han suscitado una percepción sobre la valoración que se tiene del Trabajo Social. Y por otro lado, al ser preguntas abiertas y reflexivas es de total importancia que la persona tenga el tiempo suficiente para responderlas con criterio y evitando mi presencia en la realización de las mismas se consigue que puedan responder abiertamente a ellas sin que mi presencia les influya a la hora de responder.

Respecto a los pacientes, he escogido a una muestra de 8 pacientes (2 mujeres y 6 hombres), según el criterio de edad, sexo y volumen de intervención desde Trabajo Social que se ha realizado con ellos.

3. ¿Qué es la salud y la salud mental?

3.1. Definición de Salud y Salud Mental

Para seguir con el estudio considero de gran importancia definir y diferenciar el término *Salud* y *Salud Mental*.

Por salud se entiende: “el completo estado de bienestar físico, mental y social” (OMS, 1946), Disponible en (28/03/2014): http://www3.sap.org.ar/staticfiles/actividades/congresos/congre2006/conarpe34/mat_erial/se_petroff.pdf La persona es biología, psicología y social, por ello es necesario considerarla como un todo y no sólo por la parte biológica.

La salud mental se refiere al: “bienestar emocional y psicológico, necesario para que el ser humano tenga la posibilidad de usar sus capacidades cognitivas y emocionales, desenvolviéndose en sociedad y resolver las demandas cotidianas de la vida diaria” (Fernández Santiago, P, 2009)

Siguiendo con el texto, por salud mental se entiende también como “aquel estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural, con el fin de alcanzar dicho equilibrio se hace necesario que las personas tengan garantizada su participación en el mundo laboral, intelectual y social para así poder alcanzar su bienestar y una adecuada calidad de vida que la hagan sentirse integrada en plenitud en la sociedad donde se desarrollan como seres humanos” (Fernández Santiago, P, párr 2).

Según la OMS, no hay una definición oficial de salud mental, porque las diferentes culturas y la subjetividad influyen en ella, de todas formas, la salud mental es entendida como un estado de bienestar tanto emocional como psicológico que guarda relación con factores de la salud física, debido a la existencia de claras conexiones entre las enfermedades mentales y biológicas.

Por enfermedad mental grave o trastorno mental grave se entiende “todas aquellas incluidas en el grupo de personas que padecen síntomas de psicosis funcional, (típicamente diagnosticadas como esquizofrenia, trastorno bipolar, pero también otras) y que como consecuencia de su enfermedad padece discapacidades persistentes” (IMSERSO, 2007)

Tanto las enfermedades mentales comunes como las graves, son el resultado de los factores biológicos, psicológicos y sociales. Dentro de cada uno de ellos podemos encontrar los genéticos, infecciosos, traumáticos y tóxicos (referidos a los biológicos), la capacidad de afrontar la enfermedad por el propio paciente (factores psicológicos) y dentro de los sociales: la crianza, el entorno y las circunstancias familiares, además de los soportes sociales para dar atención a las situaciones de crisis que pueden condicionar la evolución.

Me gustaría hacer una mención al concepto de salud mental que se tenía en la época griega. Es importante para este estudio ésta mención ya que significa un antes y un después en el concepto y tratamiento que se le da a la Salud Mental y que a continuación lo veremos en la reforma psiquiátrica. En aquella época, se denominaba a la locura como una transformación del hombre en otro ser distinto mediante una fuerza que provenía de un lugar desconocido (energoumenos). La visión cristiana identificaba al enfermo como un ser “poseído” por el demonio, que dominaba o sometía su cuerpo.

De ahí se pasó a los siglos XV, XVI y XVII en Europa donde se tenía la concepción de que el fuego de la hoguera era la liberación del espíritu del cuerpo poseído. En cambio, la conciencia del loco como “bestia” que podía ser enjaulada y exhibida como si estuviera en una feria seguirá permanente en la conciencia popular por mucho más tiempo. (Fernández Santiago.P, párr. 6).

Todo esto, estaba muy presente, como veremos más adelante, en Navarra, concretamente en la intervención que se realizaba con los pacientes con Trastorno Mental Grave, los cuales eran alejados de su comunidad e institucionalizados con el fin de no alterar el orden público.

Una vez explicado y diferenciado ambos términos, el fenómeno que ha marcado en España un antes y un después en la Salud Mental ha sido la reforma psiquiátrica. Es necesario establecer las bases que permitieron que esa reforma llegase a Navarra años más tarde y que es la que ha provocado la creación de los dispositivos de Salud Mental, entre ellos, la Clínica de Rehabilitación.

3. 2. La Reforma Psiquiátrica en España

Ya que no hay constancia de que en aquella época el Trabajo Social Sanitario tuviese un papel como interventor, creo que citar la reforma nos va a permitir conocer los cambios que se produjeron en la concepción de la intervención socio-sanitaria que tendrá lugar años más tarde. Dónde el Trabajo Social Sanitario comenzará de mano de la implantación de las asistentes sociales de las que hablaremos cuando llegue el momento.

Conociendo lo que estaba acaeciendo en el resto del mundo, en España, la reforma psiquiátrica en nuestro país se caracteriza por haber empezado tarde. (Fernández. A; Dieguez. M, 1998).

Según se afirma en el texto, nuestra sanidad tiene, gracias a la política social del franquismo, un sistema de seguridad social que garantizaba el derecho de los trabajadores a la atención sanitaria y la provisión de una red hospitalaria nada despreciable, en contraste con un sistema de atención primaria de muy baja calidad.

Viéndolo así teníamos muchas ventajas comparando con la situación de recortes que estamos sufriendo.

La atención psiquiátrica no se vio partícipe en este desarrollo, pese a los intentos de recuperar algunos proyectos e ideas progresistas pertenecientes a la era republicana, los cuáles consiguieron la creación del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP). Lo que supuso otro retraso más en la mejora de las condiciones en el tratamiento de la enfermedad mental.

Debido a esto, la Seguridad Social excluía la atención psiquiátrica de sus prestaciones, lo que conllevó a que en los primeros años setenta surgiera un movimiento de atención a los pacientes mentales liderado por profesionales comprometidos y organizados en torno a la Coordinadora de Psiquiatría. El proyecto no contó con los medios para su desarrollo y hasta los años ochenta no tuvo su inicio.

Como vemos, se trata de otra movilización llevada a cabo por un grupo de profesionales que reivindicaba una atención de mayor calidad y especialidad a los pacientes enfermos mentales.

Como refiere el texto, ha sido una reforma poco emocionante, cargada de pocas sorpresas y decepcionante para quienes habían pensado en ella como una aventura emocionante, debido a los muchos obstáculos que se han encontrado en el camino, ya señalados.

Cabe afirmar antes de profundizar en los antecedentes históricos de la salud mental, que la atención a este ámbito presenta hoy un panorama fundamentalmente diferente del de hace diez años, como ya veremos después, este hecho significativo hay que tenerlo en cuenta a la hora de realizar cualquier apreciación.

Durante el siglo XIX y las tres primeras cuartas partes del XX, la atención psiquiátrica estuvo en manos privadas, especialmente en la de las órdenes religiosas o en concepto de beneficencia a través de las Diputaciones Provinciales que la atendían a través de los correspondientes manicomios.

Reflexionando sobre este hecho, la iglesia ha tenido un gran poder dentro de la manera de gobernar y de prestar servicio al pueblo. Son los inicios del Trabajo Social basados en la beneficencia que ya poco tienen que ver con la misión del Trabajo Social actual, reformadora, reivindicativa y movilizadora.

Es durante la primera mitad del siglo XX cuando la psiquiatría alcanzó su esplendor máximo que fue truncado por la guerra civil. Ya en los años sesenta, los psiquiatras denuncian las condiciones de los enfermos que se encuentran internados en los manicomios y exigen una reforma del sistema de atención y es en 1971 cuando se constituye la Coordinadora de Psiquiatría.

Lo considero un hecho que describe el cambio de conceptualización e intervención que se estaba haciendo con los pacientes con Trastorno Mental Grave.

Como refiere el texto, antes de la reforma la atención que se les prestaba a los pacientes era de muy baja calidad y sólo iba dirigida a los Trastornos Mentales Graves. También la intervención que se realizaba con estos pacientes era desempeñada por órganos o entidades fuera del aparato sanitario del momento debido a la gran estigmatización que producía el hecho de intervenir con este colectivo, por lo que se optaba por internarlos en hospitales monográficos.

La Ley general de Sanidad aprobada en 1986, propone un modelo que pretende cambios en los objetivos, contenido y organización. Este modelo lo llevó a cabo la Subdirección General de Planificación Sanitaria diez años más tarde.

El objetivo ya no es sólo la enfermedad, sino la salud, y no sólo el individuo, sino la comunidad, hay que hacer un abordaje holístico, biológico, psicológico y social del individuo, así como de su entorno. Visto así, se trata de promover la salud y la comunidad, interviniendo desde esos aspectos para conseguir una mayor integración del paciente en su comunidad.

En cuanto al contenido, se promociona la salud, la prevención de la enfermedad y la rehabilitación (aspecto que veremos en el centro de rehabilitación del propio estudio). Y por último, respecto a la organización, el trabajo individualizado se convierte en un trabajo en equipo multidisciplinar, realizándose una apertura hacia la comunidad y acercándose al entorno de los pacientes. Por ello, se trabaja desde un sentido crítico y en coordinación con el resto de disciplinas para trabajar los diferentes aspectos y carencias de la persona.

Cabe señalar que la reforma se ha llevado a cabo de forma desigual en las distintas comunidades autónomas. Se ha producido un importante desarrollo de la atención primaria y lo que conocemos hoy como equipo de atención primaria o centro de salud, responde muy bien a las expectativas de calidad que sus pioneros pusieron en él.

Esto es muy importante, ya que la atención primaria es la puerta de entrada al resto de servicios sociales y sanitarios y por ello tiene que prestar el mejor servicio para realizar las derivaciones oportunas.

La capacidad de tratamiento de los problemas agudos y de los trastornos menores (mal llamados), se ha visto muy avanzada con la creación de los centros o unidades de salud mental y de las unidades de hospitalización de los hospitales generales, que veremos concretamente en Navarra.

En cambio, la provisión de recursos de rehabilitación para pacientes graves y crónicos, ha sido menos desarrollada, aunque cabe decir que la conciencia del problema existe y que habría que consensuar sobre cuáles serían las soluciones.

Desde mi punto de vista, en Navarra se puede decir que contamos con recursos de rehabilitación psicosocial que atienden de manera especializada a los pacientes con Trastorno Mental Grave, se han ido desarrollando centros que tienen muy en cuenta las necesidades del paciente y por ello llevan a cabo programas específicos que promocionan la autonomía, el bienestar y la integración del paciente en su entorno comunitario.

Una vez conocida la reforma psiquiátrica en nuestro país, es necesario conocer la que ha tenido lugar en Navarra para comprender y enmarcar el proceso que ha llevado el concepto de Salud Mental, para entender el recurso de la Clínica de Rehabilitación.

3.3 La Reforma Psiquiátrica en Navarra

A la hora de centrarnos en la atención a la Salud Mental en Navarra, cabe decir, que ha sufrido y sigue sufriendo una gran reforma y serie de cambios que ello conlleva. Esa reforma tiene unos comienzos y un desarrollo que ahora pasaremos a relatar, pero que todavía no se puede decir que haya concluido.

Por diversas cuestiones económicas, actualmente, la reforma se está llevando a cabo por partes y no como un todo a la vez.

Para hablar de qué papel tiene la salud mental en Navarra, hay que nombrar al Doctor José Ramón Varo Prieto. Un poco antes del año 1986 se llevaba planteando, por parte de muchos profesionales de salud mental, la necesidad de adaptar urgente de adaptar la asistencia psiquiátrica a las nuevas necesidades surgidas por las situaciones sociales y epidemiológicas en el ámbito de la Salud Mental.

Esta reforma se consiguió gracias a todos esos profesionales del ámbito y a la decisión política de mano de algunos organismos, que aunaron sus fuerzas, realizando informes, solicitudes y declaraciones como modo de petición de cambios en la asistencia psiquiátrica pública, que venía llamándose, antiguos hospitales psiquiátricos o manicomios, (Varo, J.R, 2011).

Al igual que en España tuvo que ser la movilización del colectivo sanitario la que produjo que se plantease la necesidad de un cambio en manera de intervenir con los pacientes con Trastorno Mental Grave.

Según refiere el autor, era tan lamentable y decrépita la situación por la que estaba pasando la asistencia psiquiátrica que sería algo imperdonable no haber exigido esa reforma. Como ya he concretado antes, la reforma tuvo su empuje entre los años 1985 y 1986 y a día de hoy no ha acabado puesto que todavía faltan cambios y mejoras por subsanar.

Es en el año 1990, más o menos, cuando hubo un parón en la reforma, un enlentecimiento en la marcha del desarrollo y de las actuaciones. Como bien reflexiona el autor, aunque todavía no se pueda afirmar que la reforma haya acabado, se debería

considerar acabada cuando estuviese normalizada, es decir, que estuviera incluida en las redes generales, lo que significa participar de las mismas dotaciones, necesidades, demandas, carencias, así como de los logros y ventajas e inconvenientes de pertenecer a un sistema más amplio que se encuentre dentro de los servicios de la atención pública sanitaria y social.

Está claro que nunca se va a terminar esa reforma puesto que la sociedad es cambiante al igual que las necesidades y carencias que tienen las personas. Considero que depende también del momento económico por el que esté pasando la sociedad, concretamente ahora, las reformas que se están haciendo van muy lentas lo que provoca el colapso de pacientes que necesitan un recurso más adecuado a sus necesidades y tratamiento y que por esas circunstancias no puede acceder a uno de ellos.

La enfermedad mental, como ya se ha comentado antes, está cargada de estigmatización, vista como una desviación de lo que se considera un comportamiento o conducta normal. Esa visión que se tenía de la enfermedad mental grave y de los enfermos, provocó que en ocasiones se implantasen medidas, vamos a llamarlas, poco terapéuticas.

Como punto a favor, creo que esa visión ya se ha dejado prácticamente atrás, aunque todavía hay sectores de la población recelosos con ellos y que no apuestan por la rehabilitación e integración de esas personas en la sociedad.

Dentro de esas medidas poco terapéuticas, en el texto se señalan algunas de ellas como por ejemplo, la creación de recursos de castigo, que conllevaban al alejamiento del enfermo de la sociedad y de su entorno, así como el encierro, para evitar o disminuir el riesgo de propagar nuevos casos. Creyendo que la enfermedad mental se contagia y que alejándola de la sociedad se va a conseguir erradicarla.

Como aparece en el libro ya citado, dentro de estos recursos, se llevaban a cabo medidas, que en el mejor de los casos pretendía reformar y reeducar pero a través del castigo físico, en algunas ocasiones.

Por suerte, hubo una época en la que al enfermo mental se le veía como una persona enferma y necesitada de cuidados de carácter médico. Durante el período de la

industrialización, existía un importante colectivo de enfermos no requería un ingreso recluido, por lo que podía vivir en los pueblos o ciudades que no tenía esa visión negativa y excluyente del enfermo mental, siempre y cuando el paciente no causara problemas ni disturbios al resto del conjunto de la sociedad.

Al igual que en otras comunidades autónomas, en Navarra, había un conjunto de servicios, tanto públicos como privados, aunque la mayoría de la atención se prestaba o se ofrecía desde el ámbito público.

El Hospital Psiquiátrico San Francisco Javier fue creado en el año 1904, primeramente denominado, Manicomio Vasco- Navarro, que contaba con una extensión de 232.190 metros cuadrados, del cual, se han ido creando recursos como la Clínica de Rehabilitación.

Toda la asistencia a los enfermos mentales se realizaba en ese lugar, debido a la importancia del número de camas, a su condición de servicio público y a las características de su funcionamiento teniendo en cuenta las demandas que en esos momentos exigía la sociedad de ese tiempo. Era un centro de tipo residencial y que prestaba servicio a esas demandas que iban apareciendo, propias del momento.

Nicasio Landa, médico pionero, elaboró un Proyecto de Manicomio Agrícola, con el fin que el propio nombre suscita. Durante muchos años, ese recurso formaba parte de las denominadas "instituciones totales", es decir cubrían todas las necesidades de carácter básico, médico y psiquiátrico, así como de sustento y alojamiento de los enfermos. Estaba fundamentada de manera autónoma y aislada del entorno sanitario y del social con premisas custodiales y de recogimiento de enfermos pero no contaba con muchos rehabilitadores activos.

Como ya se ha afirmado antes, la intervención que se planteaba con los pacientes está lejos de la que se hace ahora, ya vemos que el carácter rehabilitador se concebía a través de castigos en vez de conocer al paciente, diagnosticarle y proceder a un plan de intervención basado en mejorar esas carencias y necesidades que tiene y que le permitirán rehabilitarse y poder volver a su domicilio.

Los diagnósticos mayoritarios incluían aquellas patologías que no eran aceptadas por su entorno, como la patología mental grave y los trastornos conductuales. Se conocía

como el proceso de “puerta giratoria”, es decir, los pacientes entraban por un episodio agudo y a los pocos días de su salida volvían a ingresar por lo mismo. Considero que esto es producido porque no se realizaba una intervención ni tratamiento adecuado y por eso no era efectivo y volvían a recaer. Lo único que conllevaba es que la vida de estos pacientes girase en torno a la estancia en el psicogeriátrico y en el domicilio.

En el texto se describe que este servicio contaba con una sección denominada de pago, dirigida a aquellos enfermos pudientes, que procedían de otras provincias y que se alojaban en los conocidos como pabellones de pensionistas. Este concepto de pago se suprimió en dos fases, una en el año 1966 y la otra en 1978 debido al cambio de Reglamento de la institución, estableciéndose que los ingresos fueran por causa médica y no por económica o social.

Una vez más se separa a los pacientes por sexo y por posición económica, lo que hace que las carencias se exageren todavía más y obstaculice la integración con el resto de pacientes.

Respecto al funcionamiento interno del hospital, existen dos documentos que relatan datos de su funcionamiento, como son: el “Reglamento interior del Manicomio de Navarra” y el “Reglamento de régimen interior del Hospital Psiquiátrico San Francisco Javier”, citados en el libro.

Se tenía la visión de que el enfermo sabía cuándo entraba pero no cuando salía. Diferente a la situación actual, por ejemplo si hablamos de la Clínica de Rehabilitación, en la que se realiza un Plan de Tratamiento Individualizado donde a cada paciente se le asigna un programa de hospitalización según sus necesidades y se programa cuando va a ser el alta.

En aquella época, las familias se encontraban cómodas al saber que el paciente estaba internado, había una ausencia de carácter rehabilitador así como de reinserción y externalización. El hospital se convertía en su residencia durante lo que le quedase de vida al paciente, lo que viene a significar la institucionalización del paciente.

El manicomio Vasco Navarro, estaba formado por veinticinco pabellones o edificios que estaban aislados entre sí, pero bien comunicados por galerías de servicio o pasillos de 270 m (las principales). (Lizarraga Larrión, L. J. 1992)

Se señala que los enfermos eran divididos en dos grandes grupos: los enfermos que eran considerados tranquilos y que se dedican a la vida de rustificación. Por otro lado aquellos denominados agitados y que estaban sometidos al plan curativo. Los enfermos llamados tranquilos formaban parte de la colonia agrícola, mientras que los agitados pertenecían al Asilo- hospital.

Sin olvidarnos de que en esa época, obviamente, como ya he señalado antes, los sexos estaban separados y vivían en pabellones distintos son servicios de tipo independiente. La segregación por sexo, un dato bastante reseñable de la época, que por suerte con la reforma se eliminó.

El Asilo-hospital era el recinto donde se encontraban los suicidas, homicidas y los procesados, debido a su problemática y al riesgo que conllevaban, era necesario un nivel de seguridad constante y un control máximo.

Destaco que eran considerados como conflictivos y con las connotaciones peyorativas y despectivas que eso conlleva, dejando de lado que se trata de un ser humano y no de una "bestia".

Como se puede ver en la tabla cronológica de la plantilla del Manicomio de Navarra (Pág 52), hasta el año 1964 no se implantaron asistentes sociales. Un dato que revela el gran poder que ha tenido la biología y medicina en el tratamiento de la Salud Mental que no ha permitido hasta esa fecha que la labor del asistente social tuviera su hueco en el ámbito sanitario.

Algo reseñable y que describe la no adecuada intervención con ellos durante su tratamiento es, que hacia 1905, la Diputación publicó las fugas, suicidios, heridos, así como muertes violentas de enfermos que se producían a manos de otros pacientes.

En el año 1935 se nombró director del Hospital Psiquiátrico al Doctor Federico Soto Yarritu (1934-1976) que ocupó este cargo durante 42 años.

Como bien refiere el libro, la mayoría de los enfermos prestaban servicio al Manicomio, es decir trabajaban para ellos, ya sea en el campo o prestando otro tipo de servicio. El Ayuntamiento de Villafranca pidió que se les diese una pequeña cantidad económica a cambio y descontando a las familias y a los municipios lo que fuese correspondiente.

Esta petición fue negada y se justificó que la realización de ese trabajo se trataba de una indicación médica, terapéutica y que no podía desvirtuarse de ella. Un claro ejemplo del tratamiento que se hacía con ellos, utilizándolos como mano de obra pero sin pagarles nada, únicamente se les prestaba alojamiento.

Al final, en 1961, se consigue que perciban gratificaciones o recompensas económicas aquellos enfermos que presten servicio y realicen trabajos en beneficio del centro. Un gran avance para la conceptualización del tratamiento que se realizaba con los pacientes.

Como refiere (Varo, J.R, 2011), es hacia 1977 cuando se empezó a trabajar con unos enfoques renovados. Dando promoción a las consultas externas y en algunos casos situándolas fuera de la capital. Se creó un Servicio de Alcoholismo y Toxicomanías que se encontraba en un pabellón dentro del recinto hospitalario y que era bastante autónomo en su funcionamiento.

En 1979 se abrió el Hospital de Día basado en criterios psicoterapéuticos y de rehabilitación, bastante moderno y con eficiencia que dio lugar a uno de los existentes actualmente donde contó con la incorporación del personal que pertenecía al anterior hospital. Entre sus profesionales había un funcionamiento interdisciplinar y donde se tenía mucha importancia el trabajo de enfermería y el de Trabajo Social.

El año 1987, fue un año clave en la historia del manicomio, ya que fue cuando el centro se disgregó y un colectivo de pacientes pasaron de la Unidad de Agudos al Hospital de Navarra al crearse las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica que veremos un poco más adelante.

Aparte del eje principal que se consideraba el Hospital Psiquiátrico, había otra serie de entidades y recursos que jugaron un importante papel y provocaron un gran impacto en los tiempos previos a la reforma.

A diferencia de la intervención que se realiza hoy en día, estos profesionales realizaban atenciones de dos horas al día a un conjunto de pacientes, dónde no había intención ni oportunidad de abrirse a la comunidad. Debido al breve periodo de consulta por cada paciente, se apostaba por mayor tratamiento psicofarmacológico y por revisiones cuando era posible.

En 1973 de la mano de Cruz Roja, Cáritas y el Ayuntamiento de Pamplona, se fundó el Servicio de Alcoholismo y Toxicomanías que se encontraba en la antigua clínica de Cruz Roja, actualmente desaparecida.

Primeramente fue abierto con el fin de atender pacientes con dependencia alcohólica, hasta que en 1979 se empezó a consumir las drogas ilegales y por tanto prestaba servicio al tratamiento de estas dependencias y de sus trastornos psiquiátricos consecuentes. Un ejemplo de que el servicio se iba adaptando a las nuevas necesidades y problemáticas que presentaban los pacientes.

Como refiere el autor, en concepto de régimen de ingreso en el mismo centro, eran tratadas todas aquellas situaciones de tipo agudo, las desintoxicaciones programadas, así como las complicaciones psiquiátricas que ello pudiera conllevar.

Las Clínicas Padre Menni pertenecientes a las Hermanas Hospitalarias, forman parte de otra institución con gran peso actualmente en Navarra. Se implantaron en la década de los 30 cuando las Hermanas Hospitalarias fundaron dos centros asistencia de carácter psiquiátrico: La Clínica Nuestra Señora del Pilar, creada en el año 1938 en la localidad de Elizondo, en la zona norte Navarra. En ella sólo podían ingresar mujeres que procedían de Navarra y de las provincias de alrededor, siendo otro centro más donde existía la separación por sexos.

La mayoría de las pacientes presentaba patología crónica de carácter residual de tipo psicogeriatrico residencial, es decir, era una estancia permanente en la que no había visión de volver al domicilio o al entorno. También se atendía a algunos pacientes agudos aunque con menos frecuencia. El Doctor Federico Soto fue el director y psiquiatra de este centro, el cual en el año 1950 abrió otro centro muy importante a causa de su papel anterior y a la evolución que ha tenido dentro del contexto asistencial, se trata de Clínica Psiquiátrica Padre Menni, denominada así desde 1996.

Fue a partir de 1972 cuando la clínica realizó importantes transformaciones, como la creación de Unidades de Agudos y de Psicogeriatría donde se aceptaban a hombres y se ofrecían servicios de consultas.

La clínica cambió de nombre en el año 1998, pasando a denominarse Centro Hospitalario Benito Menni. Dispone de un área de psiquiatría, formada por la Unidad Diagnóstico del papel del trabajador social en Salud Mental en Navarra

de Hospitalización Psiquiátrica, Unidad de Media Estancia, la Residencia Asistida para Enfermos Mentales y por consultas de carácter ambulatorio.

Una segunda área corresponde a Psicogeriatría que dispone de Residencia Psicogeriátrica, Piso Asistido y Centro de Día Psicogeriátrico.

Dentro del sector privado se encuentra la Clínica Universidad de Navarra, que en los años 60 comenzó a disponer de servicios psiquiátricos de carácter específico, desde su Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Actualmente sigue llevando a cabo estos servicios junto con la implantación de una residencia para personas mayores en la misma Clínica.

Al igual que señala el texto, otro centro privado es SMEDA, se trata de un grupo de psiquiatras que abandonó el Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra y se constituyó como una sociedad anónima, con el objetivo y fin de continuar desarrollando la formación del personal, investigación y la prestación de una asistencia de carácter multidisciplinar y de calidad.

SMEDA pasó a ser una fundación, llamada Arguibide, desde 1976 cuando se acogió al nuevo régimen foral.

Fue en el año 1986 con el Plan de Salud Mental de Navarra aprobado por el Gobierno Foral, cuando empezó la reforma en Navarra. Se pretendía evitar la marginación y el abandono tradicional de la asistencia a personas con enfermedad mental. Se ubicó el plan centrado en la comunidad, con el fin de acercar los recursos al entorno habitual de los pacientes, evitando así, las instituciones cerradas y marginales.

Además de esa accesibilidad de los recursos, se pretendía garantizar la equidad en las prestaciones, junto con una flexibilidad en la puesta en marcha de recursos y una adaptación a necesidades particulares y concretas. Centrándose en los profesionales, abogaban por una formación y puesta al día de su capacitación.

No había un órgano específico de dirección, coordinación y gestión de la atención en Salud Mental, ni programas preventivos de Salud Mental. Los servicios que prestaba la red de Salud Mental se estructuran de la siguiente manera:

- *Equipo de Atención Primaria:* considerado la puerta de entrada a la red de salud. Atiende al paciente y lo deriva al Centro de Salud Mental si fuese

necesario.

- *Equipo de Salud Mental*: también se considera la puerta que abre los servicios psiquiátricos. Estos centros atendían las peticiones derivadas de Atención Primaria y Servicios Sociales, se coordinaban con las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica, Hospital de Día... y por último realizaban el seguimiento de aquellos pacientes pertenecientes al proceso de desinstitucionalización.

Concretamente, la evolución pasó por cada uno de los servicios de la red de Salud Mental, tales como: Hospital Psiquiátrico, Centros de Salud Mental, Servicios de Día, Unidades de Hospitalización Psiquiátrica, recursos de rehabilitación (residenciales y ocupacionales) y Atención a Drogodependencias que veremos más en concreto más tarde.

Tal y como refleja el libro, comenzando por el Hospital Psiquiátrico, se llevó a cabo la promoción de otras alternativas rehabilitadoras y de apoyo residencial. Con el proceso de desinstitucionalización se basó en evitar el factor de cronificación del antiguo funcionamiento, los ingresos “de por vida”, movilizándolo la reinserción y procurando la normalización de esa inserción. Planteamientos a los que ya se había hecho referencia anteriormente.

Con los primeros años de funcionamiento se percibió que la presión hacia una asistencia generalista, tendría que dar cabida a una implantación de programas específicos que prestaran servicio a las necesidades propias que cada paciente presenta.

Se afirma que recientemente se ha priorizado agilizar las primeras consultas (listas de espera) con el fin de aumentar el número de consultas en pacientes graves y disminuirlas en los pacientes no graves.

Los hospitales de día han sido y lo siguen siendo, centros eficientes, bien coordinados con el resto de la asistencia y prestigiados como un elemento clave en el conjunto asistencial.

Como un avance importante citamos la creación del Hospital de Día Infante – Juvenil

Diagnóstico del papel del trabajador social en Salud Mental en Navarra

“Natividad Zubieta”, centro de referencia tanto para los centros de salud mental como para otros recursos.

Existen dos Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP). Ambas contribuyeron a la progresiva y rápida reducción de ingresos en el Hospital Psiquiátrico, así como distinguir con mayor eficacia los ingresos de agudos y los derivados de circunstancias de la cronicidad.

En cambio consultando el libro, los recursos de rehabilitación, residenciales y ocupacionales han sido señalados como deficitarios y de implantación lenta, dificultosa e insuficiente. El Hospital Psicogeriátrico ha pasado a ser el “Centro Psicogeriátrico San Francisco Javier”, que consta de un centro de día y una clínica de rehabilitación para enfermos mentales con carencias especiales y que procedan de los centros de salud mental.

A destacar el aumento del número de pisos tutelados, los cinco primeros Centros de Rehabilitación Psicosocial que se han abierto hace poco, y la extensa labor de Asociaciones como ANASAPS.

Por último, respecto a la Atención a drogodependencias, el primer Plan de Drogodependencias, se elaboró en la propia Dirección de Salud Mental en 1986.

En nuestra provincia, los centros de salud mental, asumen el primer nivel especializado de la asistencia a las drogodependencias. Hay tres comunidades terapéuticas concertadas, que deben seguir el mismo esquema asistencial. El centro de día “Zuría”, está dedicado a la atención a las drogodependencias de una manera amplia, se encuentra situado en el recinto del Hospital de Navarra, es un modelo a seguir de funcionamiento coordinado e integración dentro del sistema general de asistencia a la salud mental.

4. PRESENTACIÓN DEL CENTRO DONDE SE HA REALIZADO EL ESTUDIO DE CAMPO

Reformulando lo que afirma (Ituarte. A, 2012): La enfermedad mental o el trastorno mental grave causa en las personas unos déficits en mayor o menor medida que afectan a su capacidad de ser autónomos, de autocuidarse, así como de entablar y mantener las relaciones sociales y familiares; de integrarse en el ámbito laboral y saber gestionar el tiempo libre y ocio.

Todo esto conlleva a que estas personas formen un colectivo gravemente vulnerable, con poca participación social, mínimas redes sociales que le hagan de soporte, lo que hace que se encuentren en una situación de gran desventaja social.

La familia es un gran soporte para algunos de ellos, ya que se encargan de atender los cuidados y las limitaciones y carencias que el paciente tiene debido a su poca integración en su comunidad. Todo esto, con el paso de los años, provoca la enfermedad y sobrecarga a los familiares, a causa de las situaciones problemáticas y complicadas que tienen lugar en el ámbito familiar. Además los familiares tienen que ajustar su proyecto de vida a la nueva situación que se ha producido.

En estos casos, es observable que se produzca un deterioro progresivo de la relación de ayuda del comienzo, además de establecerse relaciones familiares de carácter disfuncional que afectan a la salud del paciente y a la de su familia. Por lo que desde la Clínica se interviene también con las familias y se les presta apoyo psicosocial.

Desgraciadamente, hay pacientes que no disponen de ese soporte familiar que aposte por su seguridad y por sus derechos, lo que conlleva a que la persona termine en una situación de abandono personal, desprotección y excluido de la sociedad.

Como señala la autora, el análisis multidisciplinar y comprensivo que se ha realizado del trastorno mental grave y sus consecuencias, desde las últimas décadas ha encontrado la necesidad de que se lleve a cabo un planteamiento de intervención integral, individualizado y coordinado desde que se diagnostica la enfermedad para evitar el mayor número de déficits o las discapacidades secundarias que podría surgir.

Considero que de esta manera se consigue un mayor número de posibilidades de

recuperación del paciente, de ser más autónomo y de integrarse en la sociedad y su entorno más cercano.

Por todo esto, la rehabilitación psicosocial, se considera ya una herramienta clave que ya aparece en las Guías de Práctica Clínica las cuales están basadas en la evidencia que se presenta como un conjunto de intervenciones y apoyos al paciente con trastorno mental grave y su familia, con el propósito de que éste consiga un grado mayor de autonomía, de normalización e integración en su vida diaria.

Desde la Clínica, la rehabilitación psicosocial se considera un proceso longitudinal que tiene que llevarse a cabo desde que se diagnostica la enfermedad y no a modo de intervención concreta o cuando ya se haya producido un deterioro grave en el paciente.

Todo esto, a modo personal, se tiene que trabajar desde un enfoque bio-psico-social y comunitario, ya que la persona está constituida por su parte biológica, psicológica y social y se encuentra incluida en un entorno comunitario. Debe tratarse en todos y cada uno de los dispositivos de la red asistencial.

Los primeros programas de rehabilitación psicosocial, dentro de la Red de Salud Mental de Navarra, se aplicaron durante el proceso de desinstitucionalización. Creándose primero los dispositivos de Centro de Día y la Unidad de Rehabilitación con el objetivo de responder a las necesidades que se habían detectado.

El documento afirma que El *Decreto Foral 247/1998 de 17 de agosto* permitió la reestructuración de los servicios de rehabilitación y de día, dando paso a la creación de dos recursos diferentes que daban cabida a pacientes con funciones y perfiles muy distintos entre ellos.

La Clínica de Rehabilitación, donde se ha realizado el estudio de campo, prestaba atención a aquellos tratamientos que necesitaban hospitalización total o parcial o que debido a la intensidad de las intervenciones no podían ser llevados desde un centro de carácter ambulatorio.

A estos dos dispositivos se añade la Unidad de Tratamiento Continuado (UTC) llamada Federico Soto, (mencionado anteriormente), en 2006, con el fin de prestar servicio a aquellos pacientes con trastorno mental grave que precisaban de una hospitalización completa.

Viendo el aumento de la sensibilización por parte de los profesionales, pacientes y de la opinión pública acerca de las necesidades de los propios pacientes, la dirección de Salud Mental, en el año 2011 propuso la formación de un grupo de trabajo con el objetivo de mejorar la rehabilitación en Salud Mental. Este grupo estaba formado por el personal de Clínica de Rehabilitación, de la Unidad de Tratamiento Continuo "Federico Soto" y por la propia Dirección de Salud Mental.

Este grupo elaboró un borrador en el año 2012, en el cual estoy basando esta reflexión sobre el centro, en el que se incluían las reflexiones y propuestas por el grupo durante las diez sesiones de trabajo que se realizaron.

4. 1. ¿Qué es la clínica de rehabilitación?

Se trata de un recurso sanitario suprasectorial que, como ya hemos dicho antes, depende de la Dirección de Salud Mental. Es un centro de puertas abiertas y no de contención, por lo que para ingresar, la condición imprescindible es que los pacientes se encuentren psicopatológicamente estables. (Ituarte A, 2012)

Tomando como referencia el borrador de propuesta de mejora ya mencionado antes, y mis conocimientos del centro adquiridos durante mis prácticas, voy a describir el funcionamiento del centro. El ingreso es voluntario, el paciente tiene que estar de acuerdo en el ingreso ya que eso es requisito fundamental para realizar el tratamiento de rehabilitación. Al ser un centro de puertas abiertas, el paciente puede salir cuando quiera y pedir el alta si así lo quisiera, porque no se considera terapéutico que alguien esté en contra de su voluntad en el centro.

La misión de la Clínica de Rehabilitación es atender de manera especializada y multidisciplinar, prevenir las recaídas y promocionar el mayor grado de autonomía e integración en el entorno al paciente con trastorno mental grave dentro de la Comunidad Foral de Navarra.

Todos estos objetivos se llevan a cabo a través de programas integrales, específicos e individualizados de rehabilitación psicosocial. También asume la docencia de pregrado, posgrado, la formación continuada y la investigación en el área del trastorno mental grave y el proceso de rehabilitación.

El modelo de atención que ofrece la Clínica se basa en los valores del Plan Estratégico de Salud Mental (2012-2016), perteneciente al Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea.

Me parece de gran relevancia e importancia señalar los valores que tiene el centro y que por consecuencia son compartidos por el equipo multidisciplinar del que dispone el centro. Según aparece en el (Plan Estratégico de Salud Mental 2012-2016, pág 38-40) estos valores son los siguientes:

- *Compromiso*: Del conjunto de profesionales de salud mental basado en un concepto ético del proceso asistencial, la utilización de la mejor evidencia técnica posible y el uso eficiente de los recursos disponibles.
- *Autonomía*: Los servicios y profesionales deben respetar y promover la autosuficiencia y la capacidad de las personas con trastorno mental, así como fomentar su responsabilización en las cuestiones que afecten a su salud mental, al proceso asistencial y al uso adecuado de los recursos.
- *Recuperación personal*: Además de la recuperación clínica de las personas con enfermedad mental, es necesario favorecer la recuperación personal basada en la esperanza, la autonomía y la afiliación, orientado a superar los efectos negativos para el desarrollo personal que, en muchos casos, tienen los trastornos mentales.
- *Continuidad de cuidados*: Los servicios que conforman la red de atención deben estar organizados para ofrecer una asistencia integral en las diferentes fases de la enfermedad y a lo largo de la vida del individuo y garantizar, además una atención coherente entre sí en el marco de un territorio definido: el Área de Salud.
- *Accesibilidad*: La atención debe estar centrada en las necesidades del paciente, y los servicios deben estar organizados para dar respuesta a sus necesidades en tiempo y lugar adecuados.
- *Equidad*: Distribución de los recursos de manera adecuada a las necesidades, en función de criterios explícitos y racionales, priorizando cuando sea necesario en función de criterios de prevalencia, carga de enfermedad o vulnerabilidad ligada a la edad.

- *Salud mental positiva:* Visión que implica que, además de centrarse en la enfermedad, se tendrá en cuenta la promoción de la salud y la prevención, así como un abordaje activo del estigma que las personas afectadas tienen en la sociedad.
- *Responsabilidad y transparencia:* Es el reconocimiento por parte de las instituciones sanitarias de su responsabilidad frente a las personas con trastornos mentales, sus familiares y la comunidad. Implica una gestión eficiente y transparente de los recursos, la difusión de servicios y prestaciones, la explicitación de los criterios de asignación de prioridades y la provisión de cauces administrativos adecuados para la tramitación de quejas y sus respuestas.
- *Calidad:* La búsqueda de la mejora del proceso asistencial debe ser un principio deseable de cualquier servicio sanitario, por lo que se hace necesario implementar intervenciones con la mejor evidencia disponible y mecanismos de evaluación continuada orientados a un proceso de mejora continua de la asistencia, y asegurando que los criterios de calidad se apliquen en todos los ámbitos de intervención.
- *Formación, Investigación e Innovación constantes:* Los trastornos mentales siguen estando sujetos a múltiples visiones profesionales, algunas de ellas con escasa evidencia científica, lo que tiene como consecuencia una excesiva variabilidad de la práctica clínica en relación con otras áreas sanitarias. Por ello es imprescindible el empleo de la mejor evidencia científica disponible en el proceso asistencial, así como el uso de la metodología de gestión del conocimiento y la promoción de la investigación.
- *Sostenibilidad:* La combinación de la eficiencia (uso adecuado de recursos) y efectividad (logro de los objetivos fijados) de profesionales y servicios de la red salud mental garantizan la sostenibilidad del sistema sanitario público. Una adecuada sostenibilidad, además, conlleva los valores añadidos de calidad, equidad y generalización de los recursos para

la ciudadanía.

Estos valores se pueden resumir en tres principios básicos:

- *Eficiencia*: óptimo aprovechamiento de los recursos humanos y materiales.
- *Satisfacción*: de usuarios y profesionales.
- *Evidencia*: el empleo de procedimientos asistenciales y de gestión basados en la mejor evidencia disponible.

El ámbito de intervención de la Clínica de Rehabilitación son las personas con Trastorno Mental Grave pertenecientes a la Comunidad Foral de Navarra. Respecto al perfil de los pacientes: son personas de edades comprendidas entre 18 y 65 años, que por supuesto, padecen un trastorno mental grave que se evalúa según el diagnóstico y el deterioro psicosocial que presenta.

Estos pacientes presentan necesidades en las áreas de rehabilitación que exigen una intervención de carácter intensiva junto con un seguimiento clínico- sanitario. Todos los pacientes, así como sus familias, deben tener el compromiso de aceptar la colaboración con los profesionales en la elaboración y el cumplimiento de los objetivos establecidos en el Plan de Tratamiento Individualizado. Debido a esto es que se trate de un ingreso voluntario y con autorización del propio paciente.

La Clínica de Rehabilitación se encuentra situada dentro del Parque del Mundo, en la Avenida Villava número 53. El recinto está formado por dos edificios del Centro San Francisco Javier: Edificio “Federico Soto” y el Edificio de “Clínica de Rehabilitación”. Fue en el año 2012 se unificaron los dos recursos.

La clínica de Rehabilitación, dispone de dos plantas: en la planta baja se encuentran: el despacho de admisión, los despachos de los profesionales, los baños, vestuario para profesionales, un office, un gimnasio y una sala de grupos.

La planta de arriba consta de habitaciones para los pacientes del programa de hospitalización completa, 1 sala de estar, 1 sala de fumadores, control de enfermería, 1 comedor, 1 cocina, 3 salas de grupo, 1 sala taller y 1 taller.

El equipo multidisciplinar del recurso está formado por: 2 Psiquiatras, 3 Psicólogos Clínicos (entre ellos la Directora del centro), 2 Terapeutas Ocupacionales, 1 Educadora Sanitaria, 1 Trabajadora social a jornada completa y otra a media jornada (lunes, miércoles y viernes está en la Clínica y los martes y jueves en Hospital de Día Psicogeriátrico), 1 jefa de Enfermería y tanto para enfermería como auxiliares de enfermería el número de profesionales varía para los dos centros.

La metodología que sigue el recurso unificado es un sistema de trabajo en equipo, desde un abordaje integral, multidisciplinar y coordinado de casos. Los facultativos son los referentes de los pacientes y responsables del proceso de rehabilitación, organizados de la siguiente manera:

La directora y Psicóloga Clínica es la referente de 10 pacientes, los otros dos psicólogos son los referentes de 13 pacientes cada uno y por último los dos psiquiatras llevarán el seguimiento de 10 pacientes cada uno, además de hacerse cargo del tratamiento farmacológico de la mitad de los pacientes del centro.

A cada trabajadora social se le asignan un número de pacientes, teniendo en cuenta que una de ellas está solo 3 días a la semana en Clínica.

La Clínica de Rehabilitación dispone de 60 plazas, así como de 3 Programas de Atención que se diferencian por el número de plazas, la intensidad del tratamiento, el perfil de los pacientes y la duración del ingreso:

- *Programa de hospitalización total o completa:* Existen 28 plazas localizadas en el edificio de Clínica de Rehabilitación, con pernocta de lunes a domingo durante todos los días del año. Va dirigido a pacientes cuya capacidad de autonomía está afectada de manera moderada-grave, que necesitan de una supervisión y que además en el momento del ingreso no cuentan con un apoyo sociofamiliar estable y adecuado. El tiempo máximo de estancia para los pacientes pertenecientes a este programa es de 10 meses.
- *Programa de hospitalización semanal:* Los pacientes residen en el Edificio Federico Soto, un chalet situado a unos 100 metros de la Clínica, donde pernoctan de lunes a jueves, mientras que los fines de semana y los

festivos permanece cerrado, debido a que la vivienda no tiene todas las necesidades cubiertas para que los pacientes se queden el fin de semana. Va dirigido a aquellos pacientes que tengan un deterioro moderado-grave en su autonomía pero con suficiente soporte sociofamiliar. El tiempo de estancia máxima es de 8 meses

- *Programa de día:* Dispone de 32 plazas en la Clínica de Rehabilitación, donde los pacientes acuden de 9 y media -10 a 17 h. A este programa acuden los pacientes que tienen un grado moderado de deterioro en su autonomía y de un soporte familiar adecuado. El tiempo máximo de estancia es de 6 meses.

4.2. ¿Cómo ingresan los pacientes en este centro?

Los pacientes son derivados por su Centro de Salud Mental, por las UHPs o por otro recurso como la Clínica de Padre Menni. El ingreso, como he comentado antes, es voluntario por lo que desde el centro se aboga por el máximo grado de autonomía del paciente, evitando así posibles casos de hospitalismo.

En la elección del programa en el que ingresa el paciente se tienen en cuenta: los objetivos propuestos por el profesional que ha realizado la derivación a Clínica de Rehabilitación; el grado de limitación funcional que presenta el paciente; el lugar de residencia del paciente, ya que se intenta que a aquellos que viven en pueblos no se les haga venir todos los días para evitar el gasto económico que eso trae consigo; las condiciones del ingreso que se pactan en la fase de valoración de idoneidad con el paciente y su familia.

Respecto al programa, hay que decir que aunque el paciente ingrese en uno de ellos, si el referente, dada una mejora o un empeoramiento en el paciente en cuanto a su situación personal o familiar se puede cambiar de programa por otro que se adecue más a sus necesidades.

La duración de la estancia en Clínica no debe superar los 10 meses, aunque de manera extraordinaria y dada las condiciones del paciente se puede aumentar en 2 meses más.

Pero no se podrá alargar la estancia en aquellos casos en los que el paciente esté esperando para comenzar en otro recurso (CRPS, Centro Ocupacional...) o porque sus necesidades sociales no estén cubiertas.

El recurso lleva a cabo 3 tipos de procesos: procesos clave, procesos estratégicos y procesos de soporte. Centrándonos en los procesos clave, decir que son los que afectan directamente a la prestación del servicio asistencial y por consecuencia, a la satisfacción del paciente.

En la Clínica de Rehabilitación se llevan a cabo *7 procesos clave* en los que intervienen todos los profesionales del equipo multidisciplinar, entre ellos las profesionales del Trabajo Social, que pasamos a describir.

1. Proceso de Admisión: Como ya se ha hecho referencia anteriormente, los pacientes son derivados de otros recursos pertenecientes a la Red de Salud Mental Navarra, a través de la ficha de derivación de Salud Mental de Historia Clínica Informatizada . A esa ficha se le adjunta un informe clínico y social, y cuando la Dirección de la Clínica revisa la solicitud, valora el carácter de urgencia que tiene el paciente. Cuando hay plazas, se concierta una cita con el paciente y su familia para realizar la valoración de idoneidad.

En la Valoración de Idoneidad interviene la directora del centro, la cual realiza una explicación del servicio que presta el recurso, de las condiciones del ingreso y una entrevista clínica con el paciente.

Después una de las trabajadoras sociales, que después será su referente en la Clínica realiza una entrevista social al paciente y a la familia, explicando de nuevo el servicio y recogiendo los datos sociales que más tarde se volcarán en el equipo, así como los objetivos que el paciente se plantea con el ingreso.

Una vez realizada la valoración de idoneidad, los viernes, el equipo se reúne para volcar los datos del caso y valorar si el perfil es idóneo de Clínica de Rehabilitación o no. En caso de que la valoración fuera idónea, la dirección comunicaría al paciente y a la familia cuando se produciría el ingreso.

Existen unos criterios de inclusión y exclusión a la hora de considerar al paciente idóneo o no para ingresar.

Para que el paciente sea idóneo de Clínica de Rehabilitación es necesario que tenga una edad comprendida entre 18 y 65 años, tener diagnosticado Trastorno Mental Grave (Espectro Esquizofrénico, Trastorno Bipolar, Depresión Mayor y otros diagnósticos), tener afectada de manera moderada-grave su funcionamiento y aceptar los objetivos de Rehabilitación.

No se aceptan pacientes mayores de 65 años ni menores de 18 (aunque puede darse una excepción si se en breve cumple los 18), trastorno de personalidad, consumos de sustancias, inestabilidad psicopatológica o una discapacidad cognitiva que impida la realización de las actividades y programas asignados o carecer de una vivienda o soporte social ya que Clínica de Rehabilitación no se trata de un recurso permanente.

2. Proceso de ingreso y acogida: El día en que el paciente ingresa en Clínica (se intenta que el día sea de los primeros de la semana), se le recibe en Admisión donde se le avisa a la directora que ya ha llegado.

La directora le informa al paciente y a la familia del procedimiento que se va a seguir desde su ingreso y se le presenta a su facultativo referente y a su psiquiatra, decir que tanto el referente como el psiquiatra pueden ser la misma persona, en otros casos puede ser su referente uno de los psicólogos clínicos.

Después el paciente se reúne primero con su referente, con su psiquiatra y con su trabajadora social de referencia. Los profesionales clínicos se encargan de recoger la anamnesis, la firma del consentimiento de ingreso, el tratamiento farmacológico y solucionar las dudas que pudieran surgir.

Respecto a la trabajadora social, que es en quién me quiero centrar, tiene la función de concretar con el paciente y la familia los aspectos referentes al manejo de dinero, traslados al centro, apoyo familiar, citas pendientes o los trámites que estén en proceso. Actualmente, una de las trabajadoras sociales es la referente de cerca de 30 pacientes y la otra profesional lleva a unos 18. No son datos exactos ya que varían cada semana al incorporarse los nuevos pacientes.

El comienzo del paciente en las actividades del centro se registrará por el Plan de Tratamiento Individualizado que ahora vamos a explicar, pero sí que podrá empezar a acudir a aquellas actividades grupales que no requieran de una previa valoración para

determinar el nivel (avanzado o básico) al que debe acudir.

Los pacientes de cada programa están mezclados entre sí, según su nivel y capacitación en la realización de las actividades.

3. Proceso de Evaluación y Elaboración del Plan de Tratamiento Individualizado (PTI):

En todo proceso terapéutico, en este caso la Rehabilitación Psicosocial debe estar precedido de una evaluación y guiado por un Plan de Acción que incluya las necesidades, objetivos, acciones y la evaluación que logre redefinir o ajustar o finalizar el proceso (Ituarte, A. 2012)

Este plan está dirigido a cubrir las necesidades del paciente, permitiendo la participación del paciente en su elaboración, dado que sin la participación y el común acuerdo, el PTI no alcanzaría su cumplimiento.

El PTI se elabora a hacia las tres semanas o un mes del ingreso del paciente en el centro. Primero hay que hacer una evaluación de la situación del paciente para después volcar esos datos en la reunión del PTI.

Para llevar a cabo este proceso se requiere de un trabajo en equipo coordinado, para ello, existen 2 herramientas: El documento de trabajo compartido y la reunión de equipo de valoración.

El documento de trabajo compartido se colgará en el directorio de soporte informático de la Clínica de Rehabilitación donde se colgarán los datos del paciente, objetivos, evaluación realizada por cada uno de los profesionales y una tabla con 4 columnas (Área de mejora, objetivos, Programas-actividades-pautas de manejo y cronograma a seguir).

El día de la reunión, el equipo multidisciplinar vuelca los datos y la evaluación que cada profesional ha realizado del paciente. Concretamente Trabajo Social informa sobre la historia y situación social del paciente, los apoyos con los que cuenta, para ello le ha pasado una cuestionario de Valoración MOS de apoyo social (valora el apoyo que el paciente refiere tener) y a la familia se le ha pasado anteriormente la escala del cuidado Zarit que califica el grado de sobrecarga que presenta la familia ante el cuidado

de su familiar. También informa de los procesos pendientes que tiene el paciente si fuera el caso. El resto de profesionales informa de lo que a su competencia respecta.

Después de esto, conjuntamente se elaboran los objetivos, en función de la evaluación realizada, de los objetivos del servicio que deriva, del paciente y la familia, de los programas escogidos y de las pautas de manejo que se han consensuado.

El último paso es la validación del PTI que lo realiza el referente del paciente. Informa por escrito al paciente y a la familia de los objetivos a cumplir, se valora si hubiera alguna sugerencia, se establece un contrato terapéutico por escrito y firmado y finalmente el PTI se incorpora a HCI.

4. Proceso de Tratamiento: Programas Específicos

Según los objetivos a cumplir y la capacidad del paciente, se le asignarán unos programas de tratamiento a los que asistir. Los programas los llevan: Enfermería, Psiquiatría, Terapia Ocupacional, Educadora Social, Psicólogos Clínicos y Trabajo Social.

Trabajo Social junto con el personal facultativo lleva el programa de Atención a Familiares que hasta este año no se ha podido iniciar.

Este grupo de psicoeducación se oferta a todas las familias con el fin de acercarse al recurso y conocer más sobre la intervención que se realiza con su familiar, así como de participar en su proceso de rehabilitación.

Se llevan a cabo las siguientes actividades: Coordinación con familiares, Terapia unifamiliar, Psicoeducación en grupo multifamiliar y Apoyo mutuo multifamiliar.

5. Proceso de Seguimiento:

El Plan de Tratamiento Individualizado debe tener un seguimiento que compruebe el cumplimiento de objetivos y las posibles necesidades que surjan.

Todo eso se consigue de mano de dos acciones:

5.1. Análisis de incidencias: Todo el equipo se reúne diariamente durante una hora, donde exponen las incidencias que han ocurrido el día anterior y posibles aspectos a comentar.

5.2. *Seguimiento del proceso terapéutico*: cada referente se reúne con todo el equipo un día a la semana durante una hora para revisar el cumplimiento de objetivos del PTI.

6. Proceso de relación con otros recursos comunitarios:

Como ya se ha visto antes, la misión de Clínica de Rehabilitación es que el paciente se integre con la mayor autonomía posible en su entorno y conozca los distintos recursos comunitarios existentes en su comunidad.

Todo esto se plantea de cara al alta del paciente y la responsable es la trabajadora social. Se llevan a cabo 5 acciones:

6.1. *Evaluación de uso de recursos*: Trabajo Social se coordina con el equipo terapéutico donde se valora el uso de recursos externos, los intereses tanto del paciente como de su familia y se proponen los recursos al paciente y a su familia.

6.2. *Búsqueda de recursos*: la trabajadora social busca recursos externos al servicio

6.3. *Coordinación con recursos*: Trabajo Social contacta con los recursos externos al iniciar el proceso y al finalizar.

6.4. *Acompañamiento, seguimiento*: Le acompaña, le apoya y le guía al paciente en su proceso de incorporación al recurso externo.

6.5. *Evaluación*: Trabajo Social junto al equipo valoran como ha sido el proceso de incorporación al nuevo recurso y se modifica algo si fuera necesario.

7. Proceso de Alta:

Al igual que afirmaba Dolors Colom, anteriormente señalado, el alta del paciente es algo que tiene que ser planificado debidamente ya que en caso de no hacerlo

así puede conllevar a una recaída del paciente.

En este proceso se llevan a cabo las siguientes acciones:

7.1. Toma de decisión: El referente junto con el equipo terapéutico valoran el proceso terapéutico que ha llevado a cabo el paciente y toman la decisión de darle el alta: terapéutica, voluntaria, por agotamiento de recurso o por incumplimiento del contrato.

7.2. Planificación del alta: El equipo multidisciplinar decide cuándo va a ser la fecha de su alta, así como los apoyos externos con los que va a contar.

7.3. Comunicación: Su referente se lo comunica al paciente y a su familia y se añaden sugerencias si las hubiera.

7.4. Alta: El referente elabora un informe de alta y se lo comunica a su CSM de referencia, se le da una copia a la familia y se incorpora a HCI. Mientras, la administrativa solicita cita con su CSM y le da de baja del servicio.

5. ANÁLISIS DE LAS TÉCNICAS CUALITATIVAS UTILIZADAS EN EL ESTUDIO: CUESTIONARIO Y ENTREVISTAS PERSONALES

Considero lo más adecuado para desarrollar este análisis de ambas técnicas, que se realice un análisis por partes: primero la valoración de la labor del Trabajo Social Sanitario por parte de los profesionales del equipo multidisciplinar, posteriormente, la valoración que tienen los pacientes de la intervención que realiza con ellos Trabajo Social y por último, la visión que tiene el propio colectivo de Trabajo Social del centro sobre su situación y valoración social que se tiene de su profesión e intervención que realiza.

Se analizará pregunta por pregunta para que se trate de un análisis exhaustivo y no haya confusiones respecto a las diferencias de preguntas entre cada grupo de personas entrevistadas.

Comenzamos entonces con el análisis de la valoración que tiene el equipo de profesionales del equipo multidisciplinar perteneciente a Clínica de Rehabilitación acerca de la labor que realiza el Trabajo Social en el centro y en Navarra.

Como ya se ha descrito en la metodología del estudio, se trata de una muestra de 7 profesionales pertenecientes al centro y como también, a una disciplina. He escogido la técnica del cuestionario de preguntas cortas por dos razones, una, que fuese anónima, para no dejarse influenciar a la hora de analizar las respuestas por las etiquetas o prejuicios que se pueden tener sobre algunas profesiones y la otra, para que los profesionales reflexionaran sobre las preguntas y contestasen lo que realmente creían sin que yo les influyese por estar presente.

Voy a señalar lo común dicho por todos los profesionales y aquellas cuestiones que me han llamado la atención y que son relevantes para la justificación de la necesidad de la existencia del trabajador social sanitario. Los cuestionarios realizados se encuentran en la parte de anexos.

5.1. ¿Qué han dicho los profesionales?

Respecto a la pregunta: ¿Crees que es necesaria la intervención desde el Trabajo Social para el tratamiento psicopatológico del paciente, en este contexto, la rehabilitación psicosocial?

En esta pregunta ha habido un poco de confusión para algunos de los profesionales, algunos afirmaban que: *“Para el tratamiento psicopatológico no, no tienen formación en manejo de síntomas, patología, etc.”*.(Prof 4). Haciendo un inciso en esta cuestión me gustaría decir que no tenemos la formación ni la capacitación para prescribir un medicamento ya que no hemos estudiado medicina, pero algunos profesionales y más los que trabajan en Salud Mental tienen conocimientos de patologías y de síntomas.

Yo misma en la carrera he tenido la posibilidad de cursar la asignatura de Salud Mental, así como también la de Psicopatología en la que se estudian las patologías más comunes y sus síntomas. Lo que me ha servido de mucho a la hora de intervenir con estos pacientes, porque no nos olvidemos que la vivencia de la enfermedad marca la vida del paciente.

La enfermedad afecta de manera distinta a cada persona y eso es algo en lo que hay que ofrecer nuestra ayuda. Como decía otro profesional: *“la labor del trabajador social contribuye a reforzar y mantener la estabilidad psicopatológica del paciente”*. (Prof 2)

No se pretende desde Trabajo Social suplantar funciones a las otras profesiones y disciplinas, pero siempre que una intervención sea justificada es totalmente admisible de llevarse a cabo.

Otra profesional afirmaba lo siguiente: *“Es necesaria para la coordinación, intervención y actuaciones específicas dentro del área psicosocial que es parte fundamental de la rehabilitación psiquiátrica del paciente mental grave”*. (Prof 6)

Se señala la labor fundamental que tiene el Trabajo Social como instrumento de coordinación e intervención, pero no refiere la intervención a nivel de apoyo psicosocial que se presta desde la profesión.

Por último, otro profesional denominaba la intervención del Trabajo Social como: *“Por supuesto que es necesaria. Diría que fundamental”*. (Prof 1)

Por lo que se ha visto hay opiniones varias y conceptualizaciones diversas a un mismo hecho, la importancia que tiene la intervención del Trabajo Social en todas sus facetas, gestión de recursos, coordinación, atención a familias, apoyo psicosocial....

Continuamos con la segunda pregunta: ¿Qué opinión te da el estereotipo de trabajador social como “tramitador de recursos y gestiones”?, ¿Crees que es válida y que describe realmente su labor profesional?

Esta pregunta la he seleccionado porque capta la esencia total del estereotipo o concepto que se tiene del profesional del Trabajo Social.

“La verdad que hay esa visión en parte de la población y en parte de algunos profesionales. Ese estereotipo lo tenemos que cambiar entre todos”, afirmaba uno de los profesionales (Prof 1). Reconoce que existe ese estereotipo y que es labor de todos los profesionales, no sólo Trabajo Social rechazarlo por no definir por completo la labor que realiza este colectivo.

“(...)Además motiva, informa, acompaña, coordina, educa en la utilización de recursos”. (Prof 2). No realizamos únicamente tramitaciones, para solicitar un recurso primero se ha trabajado con el paciente ese aspecto, es necesario que el paciente vea con sus propios ojos que ese recurso es beneficioso para él, se trata de educar en el uso de los recursos.

No se puede abusar de los recursos sin que haya una justificación de que el servicio que presta ese recurso o centro es necesario para el paciente, entonces estaríamos dando un mal uso a los servicios que se prestan y en algunos casos impidiendo que las personas que de verdad lo necesitan no puedan acceder a ellos, debido, por poner un ejemplo a las grandes de listas de esperas que presentan algunos de ellos.

Por otro lado señalando la afirmación de otro profesional *“No, pero es como decir que la terapeuta hace manualidades, la enfermera pone la inyección, el psiquiatra la medicación y el psicólogo escucha”*.(Prof 3). Todas ellas, son funciones que realizan cada uno de estos profesionales citados, pero no son las únicas, todas esas intervenciones llevan detrás un sentido, un objetivo a conseguir, cada uno dentro de sus funciones como profesional.

Por lo tanto no se puede sesgar la definición del profesional del Trabajo Social ni de ninguna otra profesión.

En cuanto a la pregunta: *¿Cómo definirías o evaluarías la labor realizada por los profesionales de Trabajo Social dentro de este centro y en general dentro de la red de la salud mental?*

Hay algunos profesionales que no han dado su valoración al considerar que no les compete a ellos como miembros del equipo realizar esa labor. En cambio, el resto de profesionales sí que ha dado su opinión.

“Ayuda a la reflexión en las situaciones reales personales y familiares, así como en sus aspectos económicos, culturales, étnicos. Acompaña en la incorporación laboral y en aquellos recursos sociales”. (Prof 5)

Aquí se refleja el amplio abanico de intervención que realiza nuestra profesión. Acompañamiento, apoyo psicosocial, conocimiento de recursos sociales, y sobre todo conocimientos culturales y étnicos.

En nuestra carrera se nos enfatiza la importancia de la multiculturalidad y la interculturalidad, en nuestra sociedad convivimos con personas de todas las razas y una parte muy importante de la intervención con personas es tener en cuenta su raza o cultura, ya que eso marca su forma de vivir, de pensar, y que nos va a facilitar o impedir en algunos casos el poder intervenir de la mejor manera posible. Por ello me parece imprescindible señalar ese aspecto de la cultura.

“Es un labor importante dentro de la Salud Mental y especialmente en las áreas de intervención donde se coordinan recursos diversos (personales y sociales)”. (Prof 6)

Como ya hemos dicho antes, el trabajador social no es un mero tramitador de recursos, pero sí que hay que reconocer que es la pieza que coordina entre el paciente y el recurso del que pueda ser beneficiario.

“(…) a nivel de la atención a pacientes participa en la evaluación, el diseño del plan de

tratamiento y la intervención.”(Prof 7)

Concretamente, en la Clínica lleva a cabo esas funciones, además de participar en la valoración de idoneidad, recogiendo su punto de vista y los datos referentes a la parte social del paciente.

La siguiente pregunta: *¿Qué puntos débiles y fuertes encuentras en la intervención del Trabajo Social dentro del contexto sanitario, la rehabilitación psicosocial?*

Ha sido una pregunta que ha cumplido perfectamente con la función que se le había otorgado. Era necesario conocer los aspectos positivos y negativos que ven los demás profesionales respecto a la intervención por parte de Trabajo Social.

Como puntos débiles: *“tenéis el hándicap de que vuestra titulación no está reconocida como sanitaria por el resto de profesionales, además de ser visto como tramitador de recursos, especialmente económicos.”* (Prof 6)

He querido empezar con esta afirmación porque es un aspecto que ya se ha tratado en la parte teórica del trabajo y que algunas autoras ya planteaban: el hecho de no ser reconocidos como profesionales sanitarios.

A pesar de haber podido cursar asignaturas que se especializan en Salud Mental, no nos reconoce como profesionales sanitarios dentro de un centro de carácter sanitario. Me alegra ver que realmente hay profesionales que lo hablan abiertamente y no como otros que no lo quieren reconocer.

Aunque tengamos formación en aspectos médicos o psicopatológicos, está claro que de cara al resto de profesiones sanitarias, no estamos aceptados ni reconocidos por ellos.

Volviendo al estereotipo de tramitador de recursos, es algo que tiene mucho auge y que hace mucho daño la profesión de Trabajo Social. Si preguntas en la calle, sobre la labor del Trabajador Social, la mayoría te dirán: “es la que da las ayudas”.

Otro punto débil que destacaba otro profesional es: *“la falta de tiempo para la intervención (no más que otros profesionales del equipo) que hace que no se pueda*

Diagnóstico del papel del trabajador social en Salud Mental en Navarra

realizar una intervención completa.” “La falta de conocimiento de las competencias profesionales por parte del resto del equipo.” (Prof 3)

“Visión integradora, reivindicación de derechos de usuarios, defensa del paciente, identificación y defensa de situación de desprotección.” (Prof 2). Volviendo a los principios del Trabajo Social, garantizar el bienestar a la persona es clave, para ello tiene que luchar en pro de sus derechos y libertades para decidir, siempre y cuando éstos no dañen a otros, así como actuar en caso de que se esté produciendo una situación de desprotección hacia un paciente, menor, persona con discapacidad o de otra raza.

Como último punto débil a destacar: *“exceso de carácter reivindicativo que en ocasiones puede dar lugar a desencuentros con otros profesionales.”.*(Prof 2). Esto va en referencia a lo dicho por otro profesional, el Trabajo Social no está reconocido como profesión sanitaria por lo que desde nuestra profesión existe una clara reivindicación por lo que consideramos que es el cumplimiento de nuestras funciones y que éstas y las del resto de profesionales estén bien claras y delimitadas a la hora de intervenir.

Ya se ha visto de mano de Amaya Ituarte que en la mayoría de los centros y servicios sanitarios hay un gran número de pacientes para un sólo profesional, lo que implica la sobrecarga de gestiones y el difícil cumplimiento de funciones e intervenciones en todos los aspectos que eso genera.

Como se afirma al final de la frase, hay algunos profesionales que aun trabajando en el mismo centro, perteneciendo al mismo equipo multidisciplinar, no conocen realmente las competencias profesionales de Trabajo Social e identidad profesional que tiene como profesión.

Eso puede acarrear que en ocasiones otro profesional desempeñe alguna función que pertenece a Trabajo Social pero que él desconoce.

Respecto a los puntos fuertes: *“conocimiento amplio de diferentes recursos, no específicamente sanitarios, e intervención sobre ellos.”* (Prof 6)

El profesional del Trabajo Social controla todos los servicios y recursos que forman parte tanto de la red de salud como del ámbito privado y sabe que trámites se realizan al respecto.

“El objetivo de un buen funcionamiento es que comparta las tareas con otros miembros del contexto sanitario no desde un posicionamiento de “de disciplina propia” sino desde la coordinación”.(Prof 1). Lo que esta afirmación viene a decir, desde mi punto de vista, es que el trabajador tiene que coordinarse en la intervención con el resto de profesionales y seguir las mismas directrices, pero considero que cada profesional se tiene que limitar a cumplir con sus funciones propias de su profesión, porque si no conlleva a malos entendidos.

“Tienen unas buenas herramientas para el análisis de la situación social, buena preparación tanto práctica como intelectual, son profesionales con gran motivación y destacan la calidad humana.” (Prof 5). Como profesionales se nos forma en empatía, saber escuchar y sobre todo a reafirmarnos en nuestra vocación. El hecho de trabajar con personas implica que tenemos que ver la calidad de la persona y creer en ella por encima de todo. Si no pensamos así entonces no vamos a poder dar las herramientas necesarias para que la persona confíe en sus posibilidades y crea en ella.

Por último, la pregunta: ¿Cual crees qué es el lugar que ocupa el Trabajo Social Sanitario dentro de la red de salud mental? ¿Estás de acuerdo con esa posición?,¿Por qué?

“El lugar depende de los recursos y de los equipos. Creo que hay en general desconocimiento de la amplia función del trabajador social. Esto podría mejorarse

teniendo visión de trabajo en equipo, de encuentro y comunicación.” (Prof 2)

Está claro que según la tipología de los recursos: generalista o específica, se presta un tipo de atención más específica o no. Dependiendo del recurso, el trabajador social intervendrá de una manera más activa o por el contrario, la necesaria solicitada.

Es decir, un centro de tipo ambulatorio presta un servicio determinado, ya sea toma de medicación, recoger muestra de orina y en el caso de Trabajo Social véase la tramitación de un recurso social o acompañamiento en búsqueda de actividades de ocio. Las consultas son de mayor distancia en el tiempo, sucesivas, mientras que un recurso específico, se trata de prestar apoyo e intervención de manera más continua.

Otro aspecto relevante es: *“La consideración que tienen en la red es de labor necesaria dentro de los equipos, y por ello están presentes en todos los servicios de la red. Tras la presencia, en función de los equipos y del propio profesional, desarrollará más o menos su intervención en el servicio.” (Prof 3)*

Los profesionales del Trabajo Social están incluidos dentro de los equipos multidisciplinares, pero sí que es cierto y eso lo quiero recalcar, que dependiendo de los equipos y del trabajador social, su intervención en el servicio será de una manera o de otra.

La opinión que el resto de profesionales tenga del Trabajo Social es fundamental para permitirle desempeñar correctamente su función y valorar positivamente su labor sin ponerle trabas.

“Para mí difiere el sentimiento en general que tienen los trabajadores sociales con la visión real que se tiene de ellos en la red de salud. Son una pieza imprescindible para un buen abordaje de la persona y así lo percibimos los compañeros.” (Prof 4)

Sí que es sabido que la mayoría de los trabajadores sociales consideran que no se les trata de la misma manera que al resto de profesionales, empezando por considerar que su titulación no es reconocida como sanitaria. En este caso parece que se aprecia esa visión subjetiva del trabajador social y el profesional en este caso, afirma que no es correcta.

“Su labor de nexo de unión entre la realidad social y su asistencia sanitaria con los profesionales tenga los mejores cuidados necesarios y que se adapten a su realidad.”

(Prof 5). El trabajador social se encarga de velar por el bienestar social del paciente o la persona y en el caso de Salud Mental, es el encargado de unir esa realidad social en la que vive con su tratamiento sanitario en el recurso que sea.

Antes de pasar a analizar las entrevistas realizadas a los pacientes, considero necesario que antes se conozcan los perfiles de las personas entrevistadas (Adjuntados en Anexos) para que sirva de apoyo y de mejor entendimiento.

5.2. ¿Qué han dicho los pacientes de la intervención de trabajo social?

A la hora de entrevistar a los pacientes, con alguno de ellos he tenido alguna dificultad para que siguieran el hilo de la entrevista, debido a su deterioro cognitivo y a que alguno presentaba alguna confusión respecto a la labor que realiza cada profesional del centro y en algún momento había que explicarle y ubicarle.

En general han respondido bien pero sí que es cierto que con algunos de ellos las respuestas no se han acercado a lo que la pregunta refería.

La entrevista empieza con la pregunta: *¿Crees que es necesaria la intervención por parte de Trabajo Social en tu proceso de rehabilitación?*

Todos los pacientes creen necesaria la intervención por parte de Trabajo Social en su proceso de rehabilitación. Me gustaría seleccionar algunas de sus respuestas que dejan claro por qué la ven necesaria. Los pacientes afirman que les ayuda en gestiones y tramitaciones y en su vida personal.

“Me puede ayudar, ofrecerme una plaza residencial, me gestiona el dinero, hablamos de mis preocupaciones”.

“En mi caso personal, yo estoy ahora esperando una resolución, llevo 6 meses de prórroga de baja y no sé si me darán una IP o me mandarán a trabajar”.

“Porque me ayuda en mi vida cotidiana, con mis cosas, problemas porque aprendes cosas, sobre todo en general, me sirve de distracción para las personas que no tenemos ocupación, nos sirve para no estar encerrados en casa.”

“Hay situaciones que se requiere ayuda, incorporación socio laboral, ayuda de temas económicos, contacto con la familia, una mediación”.

Todas estas afirmaciones describen la importancia y el sentido que los pacientes de la labor que realiza la trabajadora social con ellos. Se comprueba la función más administrativa de gestión de recursos y tramitación pero se ve el papel de apoyo que presta la profesional a pacientes, que como ellos afirman, necesitan ayuda, están en una incertidumbre personal y lo que necesitan es una persona que les resuelva las dudas y les aconseje en su vida personal, en su futuro fuera de aquí. Les prepara para lo que va a venir después.

Respecto a la valoración que tienen los pacientes de la labor de Trabajo Social, todos tienen una buena valoración:

“Satisfactoria, respecto a este centro, los otros centros los desconozco. Hablo desde el mío personal”.

“Un 10 (...) porque me ayuda mucho, puedo hablar con ella, es cariñosa y me escucha cuando lo necesito”.

“Porque me dice las cosas como son y me apoya, me da libertad completa, estoy aquí por recomendación”.

“Me valora lo que estoy haciendo, no siempre de manera positiva, no siempre le hago caso, me mete caña (risas)”.

“Se implica en su trabajo, me ayuda a todo lo que esté en sus manos”.

Como vemos, la valoración es totalmente positiva, reflejan cualidades que todo profesional tiene que tener: empatía, escucha activa, ausencia de prejuicios, libertad y autonomía del paciente. Pero a la vez cuando el paciente se equivoca le llama la atención, velando por su bienestar.

No cabe duda que un buen profesional del Trabajo Social tiene que tener vocación por su profesión, ya que trabaja con personas y tiene que prestar ayuda en los momentos en los que las personas más necesitadas están. Los pacientes destacan la implicación que tiene la profesional en su trabajo, algo que señala más aún la importancia y necesidad del Trabajo Social Sanitario.

A la pregunta: ¿Hay algo en lo que no estás de acuerdo de la labor de la trabajadora social?. ¿Qué cambiarías?.

Ninguno de los pacientes ha reflejado una queja respecto a su comportamiento para con ellos.

“Desconozco si habría algo que cambiar, en lo que a mí me respecta me ha ayudado mucho”.

“Me gustaría que me diese 3 euros en vez de 2 euros”, se trata de una paciente con la que se está trabajando la gestión económica debido a su proceso de incapacidad civil por el que está atravesando.

“No, me apoya, me ve por ahí y me dice: vente a hablar conmigo”. Muchas veces los profesionales tenemos que mostrar interés por el paciente, ya que a veces ellos tienen algún problema o algo que les inquieta y no son capaces de decirlo por ellos mismos, es necesario un “empujón” por parte del profesional que les haga ver que les importa y así tengan más confianza con el profesional.

“No, ella realiza su papel. Hay otras trabajadoras sociales, pero no se han preocupado por mí”. Este paciente me llamó bastante la atención, ya que había estado anteriormente en otros recursos y me sorprendió que afirmase que otras trabajadoras sociales no se hubieran preocupado por él.

Me da por pensar y puede que haya profesionales que realmente estén agotadas de su profesión y ya no tengan la misma vocación que cuando empezaron, pero sí que es cierto que otra explicación puede ser la sobrecarga de trabajo y el poco tiempo que tienen las profesionales, que en ocasiones impide que el paciente se desahogue todo el tiempo que necesite y puede ser que el paciente haya tenido esa sensación de que pasaban de él.

“Cuando voy a visitarla quiero que me atienda rápido porque siempre está ocupada.”

Lo mismo ocurre con este paciente, la sobrecarga de trabajo afecta al trato que se les da a los pacientes. Aunque también es cierto que muchos se creen que son los únicos pacientes que tiene la profesional.

“Yo no, la verdad es que todas las trabajadoras sociales hacen una labor muy buena,

son muy cariñosas, sobre todo para nosotros los que necesitamos ayuda”.

“No estoy en desacuerdo con nada, no he visto nada que ella me haya exigido y que no sea lógico o que yo no pueda realizar.”

Como en toda intervención, es imprescindible consultarle al paciente sobre qué pasos quiere dar, preguntarle si se vez capaz o qué es lo que quiere, para que él mismo vea si es capaz de hacerlo o no. Es necesario que el paciente tenga los pies en la tierra y sea realista, de lo contrario, la intervención está abogada al fracaso rotundo.

¿Cómo valoras el trato recibido por la trabajadora social de referencia, durante tu estancia aquí? ¿Qué cualidades destacarías de la profesional con respecto al trato para contigo?

Todos los pacientes han afirmado recibir un trato bueno por parte de la profesional. De las cualidades que destacan:

“Es una persona agradable en trato, ha hecho su trabajo bien, ella deja las cosas claras y me ayuda.”

“Es amable, cariñosa, me da ánimo. Ella me pregunta que opino de algo cuando hay que tomar una decisión. Me tiene muy en cuenta, la quiero mucho, me siento escuchada, la veo como una persona con la que poder hablar.”

“Es responsable, clara, concisa, maja, me tiene en cuenta a la hora de decidir en mi proceso y estancia aquí.”

“Se interesa por mí, hace bien su trabajo, se dedica a ello.”

“Es cariñosa, te explica muy bien las cosas, la tienes ahí para lo que necesites, cualquier problema le consultas y te atiende muy bien. Me ha aconsejado en preguntas que he hecho. Te tratan de una forma, yo soy muy nerviosa y tienden a hacerte las preguntas adecuadas de una forma que yo necesito para tranquilizarme.”

“Simpatía, que es muy directa, agradable, se puede hablar de todo con confianza. El ser cercano en estos temas es básico, tú vas con unos problemas y buscas soluciones y tiene que ser una persona muy llana y cercana.”

“Siempre me habla, a veces demasiado, me repite mucho las cosas, pero me hace bien porque a futuro te puede servir para tu vida, estás preparado para un trabajo o para

afrontar la vida que es más dura que aquí”.

Haciendo un resumen de las afirmaciones que han hecho los pacientes, hay que resaltar la amabilidad, simpatía, cercanía que muestra la profesional. Es una profesional que se preocupa por el paciente, le insiste en aquellos temas que son importantes para él a la vez que busca soluciones que se adapten a su situación y sobre todo escucha sobre cualquier tema.

La penúltima pregunta: ¿Crees que es beneficioso para tu tratamiento que el trabajador social intervenga también con tu familia? ¿Estás de acuerdo?

Todos han afirmado que sí, en mayor o menor medida cuentan con ese apoyo familiar.

“Para mi es bueno que haga mediación entre mi familia y yo por el tema económico, ya que ellos atraviesan una mala situación y no me pueden ayudar económicamente(...)”.

“Porque ella se encarga de todo, habla con mi familia, con mi hermana, es bueno que hable con ella para que sepa como estoy y me ayude”.

“Igual sí, porque vengo de una familia con muchos problemas”.

“Porque tienen que tener a alguien que les cuente y ella le cuenta cómo me encuentro...”.

Tiene 2 puntos de vista: mi punto de vista sobre lo que yo puedo pensar y el punto de vista de alguien que me conoce, “abre el abanico”.

Es obvio que la familia es un elemento necesario en toda intervención (en aquellas que cuenten con ella), por ello la trabajadora social hace de mediadora en los casos que más lo requieren. Como bien dice un paciente, la familia aporta otro punto de vista a la profesional sobre la situación del paciente y trabaja desde su posición en la misma línea que se trabaja desde el centro, para que el mensaje que recibe el paciente sea el mismo por ambas partes.

En ocasiones gracias a la intervención de la trabajadora social se han mejorado mucho las relaciones familiares.

La última pregunta: ¿En qué aspectos concretos de tu estancia en la clínica te ha

ayudado o qué objetivos ha trabajado contigo la trabajadora social?

Esta pregunta pretende conocer por parte de los pacientes cuál es el trabajo que ha realizado con ellos la profesional, ya hemos visto anteriormente los casos de los pacientes desde el punto de vista de Trabajo Social y para comprobar cómo lo han visto los pacientes es necesario contar con tu visión al respecto.

“En la gestión de ayudas económicamente, como ya te he dicho antes, en el tema de la familia...”

“Me ha ayudado a gestionarme el dinero, a mirarme las residencias, me ha dicho que tengo que ahorrar. Ha llamado a mis hermanas para informarles de cómo estoy y lo agradezco.”

“Me ha recomendado realizar actividades nuevas, me ha ayudado a motivarme, me ha explicado mi situación, a solucionar mis asuntos legales de todo tipo”.

“Me he comprometido a llegar puntual a Elkarkide y a ir todos los días, los viernes también (...) Me ha propuesto un educador social”.

“Aconsejarme en algún problema, me pongo muy nerviosa y ella me dice que le deje hablar a ella y que les escuche. Tengo esa costumbre y hablo todo de lo mío y no escucho lo que los demás me dicen, y hay que escuchar muy bien a la gente. Me ha solicitado un CRPS, me dice que tenga paciencia que ya encontraré otro piso, me dió la dirección de una constructora y se preocupó en explicarme todos los requisitos, pero no me interesaba. Si yo no encuentro por mí misma, le pediré ayuda.”

“Me ha ayudado en los papeleos de las incapacidades, desde higiene personal hasta en mi hogar y muchas más cosas. En temas de la vida diaria, actitudes, horarios, todo donde peco un poco (risas)”.

“Mediar con mi familia, en el tema judicial que tengo y en el tema económico. Me aconseja en lo que yo era antes y me aconseja mejoras que hacer”.

“Económicamente, a que ahorre, los gastos necesarios, no a malgastar.. Me dice que vaya a las actividades, que esté tranquilo, que la vida es peor que esto. Tengo que estar preparado para cuando salga de aquí y me enfrente solo”.

Como vemos, estas son las intervenciones que los pacientes afirman que ha realizado con ellos su trabajadora social de referencia, los aspectos tanto administrativo-legales como personales que ha trabajado con ellos y qué es lo que les ha aportado a su vida diaria.

Se pueden comparar con la presentación de casos y así hacer la valoración oportuna.

5.3. ¿Qué han dicho las profesionales de Trabajo Social?

Respecto a la pregunta: ¿Qué opinión te da el estereotipo de trabajador social como “tramitador de recursos y gestiones”? ¿Crees que es válida y que describe realmente tu labor profesional?

Las trabajadoras sociales opinan que es una afirmación sesgada y limitadora, esa definición se ajusta a una acción más cercana a lo administrativo y que *“existen otras acciones previas que son parte del proceso de intervención social: información, entrevista motivacional, concienciación de posible necesidad, coordinación...”*.

Para llegar a tramitar un recurso o un asunto primeramente se ha trabajado este aspecto con el paciente, se le ha mostrado los beneficios que eso le conllevaría y se le ha dejado su tiempo para que reflexione y lo vea por sí mismo.

Señalan una definición que afirma que *“El Trabajo Social Clínico (...) es la actividad profesional que tiene por objeto (...) el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen en relación a las situaciones de enfermedad (...)”* (Amaia Ituarte, 1994).

Desde nuestra profesión y nuestras competencias, hay que apoyar al paciente y darle herramientas para la resolución de los problemas que aparecen debidos a su enfermedad o a sus circunstancias personales.

A su vez, afirman que esa visión *“tramitadora”* en muchos casos viene generada por el volumen de trabajo que se tiene y las limitaciones que presenta el recurso en muchos casos. Muchas veces, por el tiempo físico no se puede limitar el ejercicio profesional.

En cuanto a la pregunta: ¿Crees que tu intervención es valorada por el resto de profesionales del ámbito de la salud mental?

Concretamente, en esta pregunta, me asaltaron las dudas al plantearla, puesto que temía que al tratarse de sus compañeros u otros profesionales, no me contestaran de forma totalmente sincera y realista. Reconocen que quizás sus compañeros no conocen realmente qué es el Trabajo Social Sanitario, pero utilizan sus intervenciones realizadas y cuentan con Trabajo Social en el proceso de intervención.

En cambio, no tienen esa percepción por parte de la Jefatura de Salud Mental Navarra, *“dando importancia fundamentalmente al personal sanitario (Trabajo Social no es profesión sanitaria en Navarra)”*.

Esto es algo que yo he comprobado durante mi estancia en el centro y que a la hora de analizar tanto las respuestas de los profesionales como las de las trabajadoras sociales me aflora. De ahí que haya más personal de enfermería que de Trabajo Social, la sobrecarga de trabajo que tienen, todo eso conlleva a que desde la jefatura no se facilite la labor al Trabajo Social.

Dentro de la red de Salud Mental se ofertan cursos y formación a los profesionales sobre aspectos que tienen que ver con el Trabajo Social, pero excluye a nuestra profesión cuando señala a las profesiones a las que va dirigido.

Eso al final y al cabo afecta al resto de los profesionales, que están bajo mandato de la Jefatura.

Respecto a: ¿Consideras importante intervenir con las familias en el tratamiento, en este caso, rehabilitador de los pacientes? ¿Por qué?

Para ellas, la familia es un eje principal en toda intervención, según el caso puede ser un apoyo o algo contraproducente para el paciente y haya necesidad de mediar y de trabajar en ese caso.

Para que ese cambio sea real, es necesario contar con la familia para que esa intervención y ese cambio se produzcan. Durante las entrevistas a las que he asistido, he visto ponerse de acuerdo entre los profesionales y la familia sobre qué pasos y acciones tener con el paciente.

Para que los objetivos se cumplan es necesario que el paciente vea por ambas partes las mismas indicaciones, es necesario que su familia esté incluida e informada para saber qué pasos dar, ya que es necesaria la intervención desde lo clínico y social y

desde el ámbito familiar, ya que se trata de favorecer el ambiente en el que se encuentra el paciente y a donde va a regresar (si se trata de un apoyo) cuando se le diera el alta.

El tema de la invisibilidad del Trabajo Social en el ámbito sanitario, es algo que lo señalaba Amaia Ituarte y que me parecía oportuno y necesario preguntarlo a las propias afectadas.

Ellas refieren que *“el sistema de sistematización de datos existente (la Historia Clínica Informatizada) no facilita el volcado de datos de la intervención social realizada (...)”*. Ellas me comentaban de manera informal en consulta, que al tener tanta carga de trabajo, en muchas ocasiones no tenían tiempo en el mismo momento en que se ha realizado la intervención, de apuntar qué se había realizado o qué se había acordado y que lo tenían que volcar a HCI otro día.

Esto implica que de cara a la administración parece que Trabajo Social no interviene o que no realiza su trabajo correctamente, cuando eso no es así. Se realizan muchas intervenciones que por cuestiones de tiempo no se pueden volcar en HCI y no significa que no se hayan realizado.

Se quejan de que no tienen una representante de Trabajo Social dentro del recurso ni en los puestos directivos, ya que en este caso se trata de una enfermera la que ocupa este cargo, *“es otro de los factores que no ayudan a la visibilidad y al ejercicio de las competencias de la profesión”*.

Está claro que cada profesión tiene que tener una representación, porque cada disciplina sabe mejor que nadie qué problemas o qué necesidades tienen y son los que deben defenderse.

Reafirman: *“El hecho de que el sistema Navarro de Salud no considere al Trabajo Social como profesión sanitaria”*. Además del modelo biologicista existente en la red y el corto desarrollo de la psiquiatría asertivo-comunitaria.

El modelo asertivo-comunitario, según me explicaron ellas, se trata de un modelo de intervención que aboga por la asistencia del paciente (enfermo mental grave) en su entorno social más cercano. Hay que tratar de insertar a los enfermos dentro de la sociedad, teniendo en cuenta sus limitaciones y carencias, pero nunca alejarlos de la

Diagnóstico del papel del trabajador social en Salud Mental en Navarra

sociedad y de su entorno más cercano.

A la pregunta: ¿Consideras que vuestra identidad profesional como trabajadores sociales sanitarios está bien definida o que por el contrario hay que trabajar en ello? *“El marco legislativo-académico-histórico está claro y marca directrices pero la situación actual, por todo lo comentado anteriormente, dificulta el desarrollo de la identidad profesional”.*

Ya hemos repasado los antecedentes e historia del Trabajo Social Sanitario y queda muy claro cuáles son sus competencias y funciones, pero como bien señalan ellas, la situación actual en la que rige el modelo biologicista, impide que Trabajo Social se pueda desarrollar y tenga el espacio que se merece dentro de la Red.

Refiriéndonos a la posición que ocupa el Trabajo Social Sanitario, ellas afirman que es necesaria una reformulación y una reafirmación de la identidad ante las nuevas formas de trabajar, y otras profesiones que ahora se están abriendo paso. Es necesaria la participación y la lucha de todos los trabajadores sociales, más en concreto de los sanitarios en defender el sentido y la necesidad de la intervención por parte de Trabajo Social en toda intervención sanitaria.

Son numerosos los problemas a los que los trabajadores sociales sanitarios hacen frente, las trabajadoras sociales destacan tres:

- *“Excesiva carga de trabajo que dificulta la elaboración del diagnóstico social y la posterior intervención”.*
- *“Los problemas y dificultades en la coordinación interna y externa”.*
- *“El intrusismo profesional, así como las grandes listas de espera para el acceso a los recursos”.*

Como ya he dicho antes, en el centro sólo hay una trabajadora social a jornada completa, la otra sólo está los lunes, miércoles y viernes. Por lo que habiendo tantos pacientes es muy difícil atender a todos ya que hay que contar con que tienen que acudir a las actividades y depende en qué actividades no es terapéutico que falten para tener una consulta con ellos.

En cuanto a la coordinación interna, hay dificultades, entre ellas la que señalaban ellas, no sabían si realmente el resto de compañeros saben qué es el Trabajo Social Sanitario

y también por el hecho de que quizás no tengan claras cuáles son sus competencias.

La coordinación externa con otros recursos en ocasiones es dificultosa puesto que para comunicarse con otros servicios es difícil coincidir cuando se le llama por teléfono debido a que estén en consulta o realizando otra gestión.

El intrusismo es algo que he visto claramente y me gustaría dar mi opinión como persona nueva que he estado en el centro. Dado el hecho de que no se acepta el Trabajo Social Sanitario, hay algunas profesiones que realizan acciones e intervenciones que son propias de Trabajo Social, ya que así están establecidas en su marco legal, pero que las llevan a cabo sin consultar.

Las listas de espera de acceso a recursos es algo que marca en su totalidad la intervención del paciente, ya que en la mayoría de las veces se trabajan con el paciente y su familia aspectos referentes a su incorporación a otro recurso, el cual tiene una lista de espera de 2 años.

Es difícil trabajar esos aspectos tan a largo plazo cuando se sabe que el paciente para esas fechas no estará ya en el centro y no se sabe cuál será su situación, y al paciente también le es difícil plantearse eso.

A la pregunta de: ¿Crees que para el plan de tratamiento individualizado y la consecución de objetivos, es imprescindible contar con la aprobación y motivación para el cambio del paciente? ¿Por qué?

Lo consideran algo incuestionable, *“la implicación de la persona en su proceso de rehabilitación es la piedra angular donde pivota la intervención y le da sentido a ella”*. Sin su participación y su propósito al cambio está claro que no se puede llevar a cabo.

La reforma psiquiátrica como ya hemos visto trajo consigo numerosos cambios, para ellas los más destacables son: El cambio en la manera de tratar a los pacientes enfermos que ya son considerados como personas con derechos y se aboga por su integración dentro de la sociedad.

Otro gran logro es la implantación de determinados programas como el asertivo-comunitario, esto ha permitido reconocer esa parte social del paciente e intervenir con él desde su entorno más cercano teniendo en cuenta a su familia y personas de su

entorno como participantes en la intervención para el cambio.

Por último se ha visto un mayor desarrollo del espacio socio-sanitario y una ampliación de recursos de vivienda y empleo, pero sigue sin ser suficiente debido a las largas listas de espera que tienen algunos recursos.

Se ha apostado por atender sus necesidades y facilitarles su autonomía pero en esta situación de crisis en la que nos hayamos es difícil que estos servicios prosperen.

Para concluir, la última de las preguntas es qué propuesta de mejora harían como colectivo de Trabajo Social Sanitario a la red de Salud Mental Navarra.

Se trata de una solución de aquellos aspectos que señalaban cómo problemas a la hora de intervenir. El aumento de profesionales de Trabajo Social que puedan prestar servicio correctamente a todos los pacientes.

La necesidad de una unidad clínica de Trabajo Social *“entendiendo que dentro de la misma haya un/a responsable de unidad que coordine, protocolice, asista a múltiples comisiones, etc... en aras de una atención de calidad e integral”*.

Nadie mejor que el propio colectivo de Trabajadores sociales para que defiendan, se movilicen y luchen por las reformas o cambios que sean necesarios en su profesión.

Por último, es imprescindible un cambio del paradigma existente en la dirección de Salud Mental. Un paso de una visión completamente biologicista a *“una más integral de la persona y una forma de trabajo con mayor calado de lo asertivo-comunitario”*.

También una participación real en el proceso de las personas implicadas: pacientes y familiares. Las familias deben ser escuchadas al igual que los pacientes, ya que están involucradas y afectadas por la situación de su familiar y es necesario que ellas se encuentren bien y estables para que puedan apoyar como se merece a su familiar. De ahí la necesidad de que en otros recursos también se implanten los grupos de familiares como existe en Clínica de Rehabilitación.

6. IMPLICACIÓN PERSONAL EN EL ESTUDIO

¿Qué ha supuesto para mí la realización de entrevistas personales y cuestionarios a los pacientes y profesionales del centro?

La realización de este estudio sobre la labor del Trabajo Social Sanitario en Salud Mental me ha permitido conocer más en profundidad la historia del Trabajo Social en el ámbito de la salud, las pioneras que han trabajado y luchado para que el Trabajo Social Sanitario llegue al lugar en el que se encuentra actualmente, a pesar de que todavía nos queda mucho por lo que pelear y trabajar para conseguir.

He tenido la oportunidad de aprovechar mi centro de prácticas para la realización de las entrevistas y cuestionarios como metodología cualitativa. Eso me ha permitido conocer de primera mano y día a día la labor que realizan las profesionales de Trabajo Social y su intervención dentro del equipo multidisciplinar. Al igual que también he podido estar al lado del resto de profesionales con los que he podido realizar mis anotaciones y percepciones respecto a la opinión que tienen del Trabajo Social Sanitario.

Pero lo mejor para mí ha sido el poder estar más cerca de los pacientes, fuera de un despacho y contando con su interés e implicación en participar en este estudio. Me he reafirmado en mis convicciones, el colectivo de personas con Trastorno Mental Grave es un colectivo lleno de estereotipos sociales que no permiten apreciar las numerosas virtudes que poseen estas personas.

Lejos de ser violentas o difíciles de tratar e impredecibles como son algunos de los estereotipos y prejuicios que se tienen sobre ellos, son personas que a pesar de sus limitaciones, necesitan ser escuchadas sin ser juzgadas, como lo puede necesitar cualquier persona, pero ellos más, debido a todas las trabas y estigmas que se les atribuyen.

Para la formulación del cuestionario y de las entrevistas a los pacientes, he tenido muy en cuenta toda la teoría e ideas que se tienen sobre el Trabajo Social en el ámbito de la salud y que han puesto en duda la implantación de la figura del trabajador social.

Son preguntas reflexivas y que pretenden confirmar o desmentir esas ideas que giran

en torno a la necesidad de una figura de Trabajo Social. La razón de la elección de esas preguntas ha sido influenciada por la percepción que he tenido de la valoración que se le da a la labor que realizan las profesionales del Trabajo Social, problemas que se encuentran a la hora de desempeñar su trabajo y que ellas mismas me han confirmado. Pero yo quería comprobar si eso era cierto de mano del resto de profesionales del equipo multidisciplinar.

Conocer la opinión que tienen los pacientes de la intervención que realiza con ellos la trabajadora social es algo imprescindible ya que son el producto de esa intervención.

Según como sea la intervención podemos mejorar su situación o por el contrario, empeorarla y es necesario tener en cuenta esa visión del paciente como persona dispuesta al cambio.

He estado muy agusto entrevistándoles, ellos por su parte han sido muy respetuosos, tratándome como una profesional más aun siendo una mera alumna en prácticas. Se han mostrado muy amables y agradecidos conmigo por tenerles en cuenta.

Pese a sus limitaciones propias de la enfermedad, en general han comprendido bien las preguntas, aunque en ocasiones no han respondido de manera clara a lo que se les preguntaba.

Para cerrar este apartado, me gustaría destacar el honor que ha sido para mí el poder servir de plataforma reivindicativa a las profesionales del Trabajo Social del centro. He seleccionado las preguntas necesarias para comprender la situación en la que se enmarca el Trabajo Social Sanitario y me han sabido responder de la manera que me ha facilitado mucho el poder analizar esas respuestas después.

Ha sido una gran oportunidad de conocer el papel del trabajador social y de poner mi granito de arena para que se siga luchando porque el Trabajo Social tenga un sentido en la salud aceptado por todos los profesionales.

CONCLUSIONES

Para no alargarme con el tema voy a hacer unas conclusiones breves referentes a los profesionales del equipo multidisciplinar, a los profesionales de Trabajo Social y a los pacientes.

Desde el equipo multidisciplinar se ve necesaria e importante la labor realizada por Trabajo Social en la rehabilitación psicosocial pero afirman que no disponen de conocimientos respecto al tratamiento psicopatológico. Por otro lado la Jefatura de Salud Mental no facilita el desarrollo y mejora del equipo de Trabajo Social debido al modelo biologicista en el que se enmarca el recurso sanitario.

Reconocen que el estereotipo de “tramitador de recursos y gestiones” es visible dentro de la profesión pero en cambio también lo consideran sesgado ya que reconocen la multifuncionalidad del Trabajo Social.

Algunos profesionales evitan valorar la labor que realizan las trabajadoras sociales del centro por no sentirse en situación para hacerlo como compañeros de equipo. Por el resto de profesionales, la valoración es muy positiva.

La intervención por parte de Trabajo Social tiene puntos fuertes como la visión integradora y multicultural que aporta al equipo, el conocimiento de los distintos recursos existentes y la misión de proteger, velar y reivindicar el bienestar del paciente. En cambio señalan puntos débiles como el hándicap de no ser reconocidos como una profesión sanitaria y la sobrecarga de pacientes existentes en el recurso, además de un carácter reivindicativo que en ocasiones conlleva a roces con compañeros.

La posición del Trabajo Social Sanitario depende del recurso en el que se encuentre pero en general hay un desconocimiento real de la amplia función que realiza esta profesión.

Los pacientes ven necesaria la intervención desde Trabajo Social ya que les ayuda en los aspectos legales-administrativos y en su vida personal. Destacan la implicación de las profesionales en su trabajo, la amabilidad, respeto, atención, entre otros, con la que los atiende.

La autonomía que les da a la hora de resolver los asuntos al creer en la persona y sus

capacidades, y el apoyo psicosocial que les muestra en los momentos que más lo necesitan junto con la disponibilidad que les ofrece.

Además del papel de mediadora con la familia que para algunos es imprescindible en su proceso de rehabilitación psicosocial y que les ofrece otro punto de vista sobre el paciente.

Trabaja en coordinación con el resto del equipo en temas de horarios, hábitos de higiene y alimentación. Es rigurosa en su trabajo, se preocupa por ellos, refuerza lo positivo que hace el paciente y le da un toque de atención cuando es preciso.

Concluyendo con el punto de vista de Trabajo Social, se señala el trabajo de apoyo, acompañamiento, motivación y escucha que existe detrás de la tramitación de un recurso o una gestión. Así como la participación en el tratamiento de los problemas psicosociales del paciente.

El equipo de Trabajo Social se ve valorado y aceptado positivamente por el resto de compañeros aunque dudan de si conocen qué es el Trabajo Social Sanitario.

Esta valoración positiva no la ven por parte de la Jefatura de Salud Mental, debido al modelo biologicista que está implantado y que por ello no se reconozca el Trabajo Social como profesión sanitaria. A consecuencia de esto, se le da más importancia al resto de profesiones sanitarias.

Reafirman el papel necesario e importante que realiza la familia (en caso que la haya) en la intervención que se realiza con el paciente en su rehabilitación psicosocial.

Por último, se encuentran con una serie de problemas a la hora de intervenir, como la invisibilidad de la profesión en cuanto a la ausencia de una figura representativa de Trabajo Social dentro de la Red de Salud Mental de Navarra. El intrusismo que se produce en algunas ocasiones debido a que otros profesionales lleven a cabo intervenciones que son propias del Trabajo Social y la sobrecarga de trabajo que existe en los recursos debido a la falta de profesionales de Trabajo Social respecto al resto de profesionales sanitarios.

7.PROPUUESTA DE MEJORA

Basándome en la valoración general que hacen los profesionales del equipo, los pacientes y las propias profesionales del Trabajo Social, creo conveniente realizar una propuesta de mejora que reúna las mejoras necesarias para que el Trabajo Social Sanitario siga desarrollándose y sea aceptada como una profesión sanitaria.

Es necesario, debido a la situación en la que estamos, de crisis y recortes, una redefinición de la identidad profesional de la figura del trabajador social que esté adaptada a esas nuevas necesidades que aparecen.

También es necesaria esta redefinición para que el resto de profesionales conozcan realmente las funciones y competencias del Trabajo Social y así evitar el posible intrusismo.

La gran sobrecarga de pacientes y de volumen de trabajo existente en los centros de la red de Salud Mental de Navarra implica la necesidad del aumento de profesionales de Trabajo Social para que puedan realizar su labor correctamente, es decir, el diagnóstico y la planificación de intervención de cada paciente.

Una función de las muchas que tiene nuestra profesión, es la reivindicativa y movilizadora por el bienestar de las personas y sobre todo de los más desfavorecidos. En este caso es imprescindible que el propio colectivo de Trabajo Social se movilice para que se reconozca como una profesión sanitaria dentro del ámbito de la salud.

El equipo del Trabajo Social se queja de la inexistencia de una figura representativa perteneciente a Trabajo Social dentro de los órganos de poder de la Red de Salud Mental Navarra. Una figura que abogue por la defensa de sus derechos como profesión.

Ya se ha comprobado que el paradigma biologicista rige la intervención y la metodología dentro de la Red de Salud Mental, la persona es biología, psicología y social (bio-psico-social), por ello el paradigma biologicista excluye esa parte social que tiene la persona, el individuo y que es sumamente importante en la intervención.

Como aportación personal, como alumna de prácticas que he realizado las entrevistas a los pacientes del estudio, creo que es muy enriquecedor conocer la opinión que

tienen acerca de la intervención que realiza con ellos la profesional del Trabajo Social con el fin de que sirva de punto de unión y comunicación entre ambos.

Por esto, considero una buena herramienta la realización de cuestionarios de satisfacción a los pacientes para que las profesionales vean el punto de vista del paciente, en qué aspectos les ha ayudado y las posibles mejoras.

REFERENCIAS

Fernández, A; Dieguez, M. (1998) La reforma psiquiátrica en España: Aspectos diferenciales. *Revista de Administración Sanitaria*, 1-13, (Vol II, núm 5)

Fernández Santiago, P. (2009). *Familia y sociedad ante la salud mental*. Álava

Gobierno de Navarra (2012) *Plan Estratégico de Salud Mental Navarra (2012-2016)*. Pamplona

Ituarte, A (2012). *Borrador de una propuesta de mejora, Centro de rehabilitación de salud mental de Navarra*. Pamplona.

Ituarte, A (2009) *El sentido del Trabajo Social Sanitario*. Zaragoza

Lizarraga, L.J (1992). *Memoria General del Manicomio de Navarra. La casa del tejado colorado*. Pamplona: Gobierno de Navarra.

Monrós. M, Zafra. E, 2012. *Guía de Intervención de Trabajo Social Sanitario*. Generalitat. Conselleria de Sanitat

Redrado L, e. a. (2012). Ida M.Cannon: Comienzo de la identidad profesional en el trabajo social sanitario. *Revista de Trabajo Social y Salud*, 207-213, (73)

Varo, J.R, (2011). *La reforma de la atención a la Salud Mental en Navarra, comienzos y desarrollo*. Madrid.

ANEXOS

1. Presentación de casos de los pacientes entrevistados

Antes de presentar a los pacientes entrevistados me gustaría señalar varias cuestiones. En el caso se presentan los datos sociales y familiares del paciente que he conocido durante mi estancia en el centro (para mantener su confidencialidad se han cambiado los datos), El caso está estructurado como si de un informe social se tratase, con su propio lenguaje técnico. La presentación de la intervención que se ha realizado con ellos desde Trabajo Social ha sido de elaboración propia con información recogida previamente durante las entrevistas y con la ayuda de las trabajadoras sociales.

Pretendo presentar un caso como el que se puede encontrar en cualquier servicio que preste atención a esas necesidades del paciente.

CASO 1:

Varón de 28 años de edad, natural de un pueblo de la Ribera Navarra, diagnosticado de Esquizofrenia Indiferenciada con una discapacidad del 46%. Lleva consumiendo desde muy joven, actualmente abstinentes desde septiembre. Se encuentra inscrito como demandante de empleo y depende económicamente de su familia.

Lleva ingresado desde septiembre de 2013 en régimen de hospitalización completa. En verano de ese mismo año agredió a su madre y fue denunciado por ésta y sus hermanas.

El juez dictó una orden de alejamiento de un año del paciente para con su madre, pero esta resolución no llegó a conocimiento de éste hasta que no se encontraba ya ingresado en la Clínica. Por lo que como medida de seguridad se dictaminó que el paciente podía permanecer en la Clínica como sustitutiva de condena pero sin poder salir de él, únicamente con supervisión. El Juzgado no conocía las características del ingreso en Clínica de Rehabilitación, por lo que desde Trabajo Social y su Psiquiatra de referencia se envió un informe explicando las condiciones del centro y del ingreso del paciente.

Durante su estancia aquí ha estado acudiendo al domicilio de su padre cuando tenía permiso en la Clínica. Se trata de un paciente que es consciente de su enfermedad y de los actos que ha cometido y en ocasiones se muestra muy arrepentido por ello. Se muestra siempre amable en las entrevistas y abierto a todas las propuestas que se le hagan para su rehabilitación psicosocial.

Una vez resuelta la gestión, se decidió que el paciente permaneciera en el recurso hasta septiembre de este año para garantizar el proceso de rehabilitación llevado a cabo en la Clínica, evitando así la posible recaída en consumo de tóxicos al volver al domicilio definitivamente. Continuará hasta esa fecha con la intervención del EISOL en la búsqueda de empleo en su zona de residencia.

Desde Trabajo Social se ha intervenido con él en varios aspectos:

- Solicitud de EISOL
- Apoyo en formación y búsqueda de empleo coordinado con EISOL de su zona de residencia
- Mediación y atención a la familia
- Solución del tema judicial
- Apoyo psicosocial al paciente con respecto a su situación familiar y judicial

Ampliando un poco más estos aspectos que han sido objeto de intervención, decir que en todas las entrevistas que se ha tenido con él y que yo he estado presente, se ha mostrado muy educado, y con mucha motivación al cambio y mejora personal, como ya he afirmado antes. La medida de seguridad impuesta por el juez y la orden de alejamiento para con su madre y hermanas es algo que a él le ha provocado un debilitamiento en su persona, se siente arrepentido y quiere rehabilitarse completamente. Aunque se le ha acompañado en la búsqueda de empleo y formación y en la resolución de su tema judicial pendiente, me gustaría destacar la intervención coordinada realizada por parte de su psiquiatra y la trabajadora social.

Centrándome en la labor realizada por la profesional del Trabajo Social, creo conveniente asegurar que ésta se ha implicado en el caso a la hora de realizar una mediación entre el paciente y su familia. Como ya es sabido por todos que en Trabajo Social es muy importante y clave, la

intervención con las familias y sobre todo en aquellos casos en los que el paciente tenga una relación conflictiva o que sea de gran significación en el momento personal del paciente, en este caso, la rehabilitación psicosocial.

Ha prestado apoyo psicosocial en todo momento y de escucha activa, dejando libre expresión al paciente para que él mismo viese como estaba yendo su proceso de rehabilitación y decidiese que pasos siguientes dar, en consenso con la trabajadora social.

CASO 2:

Mujer de 46 años, diagnosticada de Trastorno Esquizoafectivo, natural de un pueblo de Andalucía, reside desde hace más de 20 años en un pueblo de la Ribera. Es la octava de 13 hermanos, cinco de ellos, residen en la Ribera Navarra, entre ellos se encuentra la paciente. Durante toda su vida ha presentado un consumo de alcohol durante unos 20 años, actualmente abstinente.

Anteriormente ha estado ingresada en Clínica donde presento un riesgo claro de hospitalismo, no aceptaba que se le diera el alta al cumplir con los objetivos propuestos durante el ingreso. Al salir del centro regresó al domicilio de sus hermanos, donde estuvo viviendo en el domicilio de dos de ellos de forma alternada.

Los hermanos afirmaron padecer una sobrecarga y estar cansados de ver a la paciente todo el día en casa sin salir y sin colaborar en nada. Fue a causa de una discusión con la paciente cuando ellos se negaron a mantenerla en el domicilio por más tiempo y decidieron que ingresara en la Clínica por segunda vez.

Lleva ingresada desde Marzo de este año. Como condición de ingreso, su referente planteó que el régimen de estancia iba a ser de Hospitalización semana (UTC), durante los fines de semana acudiría a un piso en alquiler y para facilitarle la toma de alimentación acudiría a comer y a cenar a un comedor social. Pero que al tercer mes se pasaría al programa de día para favorecer su autonomía de cara al alta de la Clínica, evitando así la permanencia innecesaria y contraproducente en la misma.

La paciente tiene un 65% de discapacidad y tiene una incapacidad permanente absoluta desde el año 2012. Percibe alrededor de 600 euros al mes por dicha incapacidad.

Desde Trabajo Social se ha intervenido en varios aspectos:

- Acompañamiento en la búsqueda de una habitación de alquiler para los fines de semana
- Tramitación de un vale de comida y cena en el comedor social para los sábados y domingos.
- Solicitud de CRPS
- Solicitud de copia de valoración de discapacidad ya que no sabía qué grado se le había otorgado

Profundizando en la intervención realizada con ella, como ya he dicho antes, se estuvo trabajando con ella la búsqueda del piso para el fin de semana, gestión que ella misma realizó sin mayores dificultades. En alguna ocasión ha necesitado algún teléfono de un recurso y desde Trabajo Social se le ha dejado que ella misma lo localice buscándolo en internet, favoreciendo su autonomía y autoestima.

Es una persona que se agobia mucho con las situaciones que se le vienen encima. Está acostumbrada a que sus hermanos le hayan hecho todo e incluso en la Clínica en el anterior ingreso, por ello que el plan de este ingreso era completamente diferente y condicionado a la autonomía de la paciente.

La trabajadora social de referencia le ha prestado apoyo psicosocial las veces que la paciente lo ha necesitado, ya que se trata de una mujer que necesita ser escuchada, pero que a la vez se centra en sí misma, en vivir todo lo que le pasa como una tragedia y sin darse cuenta no permite al resto dejarles hablar o que se le aconseje en el tema en concreto.

CASO 3:

Varón de 40 años, diagnosticado de Esquizofrenia Paranoide, con un 65% de discapacidad y con una Incapacidad Permanente Absoluta. Reside en un pueblo de la Ribera con su madre y un hermano. Percibe alrededor de 600 euros de su Incapacidad Permanente Absoluta. El paciente dentro de su enfermedad, presenta delirios de grandeza que en ocasiones han conllevado a comentarios despectivos hacia los profesionales de la Clínica.

Ingresado en Clínica de Rehabilitación desde noviembre de 2013 en régimen de día. El resto del día
Diagnóstico del papel del trabajador social en Salud Mental en Navarra

y la noche la pasa en una patrona que él mismo buscó.

Mantiene una relación conflictiva con su madre y hermano por lo que no suele bajar prácticamente ningún fin de semana a su pueblo. Ha hecho amistad con algunos pacientes de la Clínica y suele quedar con ellos para comer o ir a la huerta de alguno.

Desde Trabajo Social se ha intervenido con él en varios aspectos:

- Acompañamiento y motivación en la realización de actividades de ocio y deporte, junto con su referente.
- Resolución de un retraso en el cobro de su Incapacidad Permanente Absoluta.
- Solicitud de Centro Ocupacional Elkarkide
- Solicitud de EISOC (Equipo de Intervención Sociocomunitario)
- Apoyo psicosocial en momentos más bajos de ánimo

Como alumna de prácticas del centro, con este paciente he trabajado más en concreto y autónomamente, el acompañamiento en la búsqueda de actividades de ocio. He buscado actividades que le podían interesar y beneficiar en su rehabilitación psicosocial y de cara al alta y se las he propuesto.

El paciente a pesar de que al principio se mostraba reticente y ambivalente en la decisión, al final acudió a informarse de una actividad que yo le comenté. Ha sido un acompañamiento con sus idas y venidas, puesto que en ocasiones el paciente rechazaba acudir a actividades físicas porque refería no encontrarse físicamente fuerte como para realizarlas. Pero al comentarle las actividades que se realizan en un recurso más específico de salud mental, lo rechazaba alegando que él no se encontraba tan mal físicamente como para acudir allí y tampoco quería ese entorno más protegido. Al final se dejó en sus manos la elección de la realización de actividades de ocio.

Respecto al retraso en el cobro de su IPA, desde Trabajo Social se le dió el teléfono del INSL (Instituto Navarro de Salud Laboral), para que se informara del estado del cobro de su pensión. Por otro lado, la trabajadora social también ha hablado con el encargado de su caso.

La solicitud del Centro Ocupacional Elkarkide, es lo que nos ha traído más quebraderos de cabeza. Como ya he dicho antes, es un paciente que muestra delirios de grandeza y no tiene ninguna conciencia de enfermedad, por lo que no aceptaba la propuesta de acudir a un Centro Ocupacional

ni la Incapacidad Permanente Absoluta que se le acababa de conceder.

En consulta mostraba una ambivalencia, en ocasiones refería encontrarse preparado para volver a trabajar, pero en otras afirmaba que no se encontraba en las condiciones necesarias para desempeñar un trabajo. Al final aceptó la solicitud de Centro Ocupacional con miras al futuro dada la gran lista de espera que hay para acceder al recurso.

Respecto al EISOC, el paciente ya había estado en contacto con el servicio y había recibido atención por parte del programa de Incorporación Socio-comunitaria. Al principio, como en todas las propuestas anteriores, lo rechazó, pero trabajando con él los aspectos beneficiosos de la intervención por parte de ese equipo, al final accedió ya que refería que en ocasiones se sentía solo y necesitaba ser escuchado.

Para finalizar, el apoyo psicosocial que se le ha prestado ha sido considerable, ya que en muchas ocasiones era la trabajadora social quien le pedía que pasase por la consulta para hablar y en otras era él quién se presentaba para hablar cuando se sentía mal. Todos los sentimientos que expresaba eran en referencia a su enfermedad y a no sentirse comprendido.

CASO 4:

Varón de 45 años, diagnosticado de Trastorno Esquizoafectivo de tipo depresivo. Tiene un 47% de discapacidad. Natural de Pamplona.

Ingresa en octubre del año pasado en régimen de programa de día. Durante el día acude a las actividades y por la tarde va a la piscina con otra paciente del centro. Tiene una huerta a la que suele ir para hacer alguna comida con el grupo de pacientes con los que ha hecho más amistad.

Con su familia tiene una buena relación por lo que cuenta con buenos apoyos. Está percibiendo la cantidad asignada a su baja temporal por lo que no tiene problemas económicos.

Se le ha reiterado junto con el resto de profesionales del equipo la adquisición de hábitos tanto de alimentación (es un hombre que tiene sobrepeso) como de higiene, con el fin de prepararle para su posible vuelta al trabajo.

Actualmente está pendiente de pasar el Tribunal médico por los seis meses que lleva de prórroga de su Incapacidad Temporal para saber si se le concede o no una Incapacidad Permanente.

Desde Trabajo Social se ha intervenido con él en varios aspectos:

- Adquisición de hábitos de higiene y alimentación
- Solicitud de EISOC (Equipo de Incorporación Sociocomunitario)
- Apoyo psicosocial en los momentos que ha precisado
- Acompañamiento en la tramitación de su Incapacidad Permanente

Se trata de un paciente que es muy amable, en algunos momentos hace bromas cuando se le dan consejos sobre los hábitos de alimentación e higiene.

Es bastante autónomo aunque el sobrepeso le trae problemas de salud como respiración agitada y dificultad para realizar algunas de las actividades físicas que propone el centro.

Se ha trabajado con él en la solicitud de EISOC, considerándolo lo más conveniente en su caso para que tenga otro apoyo aparte del familiar. Una persona que le ayude a conocer los distintos recursos comunitarios y que le supervise en el domicilio, el tema de las comidas y de la higiene como aspecto a seguir trabajando fuera de la Clínica.

Es una paciente que acepta las nuevas opciones que se le proponen y todo aquello que le beneficie, no duda en pedir ayuda cuando lo necesita.

Su situación de baja temporal y de posible Incapacidad Permanente es algo que le preocupa, él es consciente de que tiene que adquirir esos hábitos de higiene y alimentación para que pueda volver a trabajar, pero ya no ocuparía el mismo puesto de trabajo en la empresa debido a su situación médica.

Se le ha explicado todo lo referente al proceso que conlleva su posible Incapacidad Permanente, la tramitación que hay que hacer, ya que tiene todo el derecho a conocer el proceso que se sigue para poder ser un elemento más dentro de la intervención.

Me gustaría destacar la labor de apoyo psicosocial que ha realizado la trabajadora social con este paciente, ya que no sólo ha tramitado los servicios o gestiones que el paciente requería, sino que se ha trabajado por el fin de la autonomía del paciente y de darle las herramientas adecuadas para que él mismo sepa resolver la situación en la que se encuentra inmerso.

CASO 5:

Mujer de 50 años de edad, natural de Pamplona, reside con su familia en un pueblo de la Zona de la Ribera Navarra. Diagnosticada de Esquizofrenia Paranoide, con una discapacidad del 66%. Tiene 2 hijos, la hija de 24 años presenta un trastorno mental grave. El otro hijo tiene 18 años y convive con su hermana, la cual tiene un hijo de 1 año.

Ingresó en Clínica de Rehabilitación en junio del año pasado en régimen de Hospitalización Completa.

Tiene una Incapacidad Permanente Absoluta por la que cobra 575 euros al mes, de los cuales, 150 euros se los da a su hija que según ella tiene problemas económicos. Se encuentra en proceso de incapacitación civil y ya ha sido valorada por el médico forense. Hace años se le solicitó plaza RAEM pero debido a la situación que hay en el ámbito público no hay plazas públicas a disposición de los pacientes y por ello el Gobierno da una aportación para pagar una privada.

Sus hermanas presentan una sobrecarga con la paciente, necesitan que una recurso le preste los cuidados necesarios para la vida diaria a su hermana. Ellas no pueden hacerse cargo de ella debido a las cargas familiares que también tienen.

Desde Trabajo Social se ha intervenido con ella en varios aspectos:

- Gestión económica de la pensión
- Solicitud de plaza RAEM y recurso Residencial
- Apoyo psicosocial
- Acompañamiento en el proceso de incapacitación civil
- Mediación con su familia

En cuanto a la gestión económica de la pensión, la paciente acude al banco cada mes (de forma autónoma) a sacar el dinero correspondiente de su pensión y se lo deja a la trabajadora social para que ésta se lo guarde y se lo vaya dando cuando la paciente crea oportuno.

De esta manera se puede intervenir con ella en el control de gastos y darle las herramientas necesarias para aprender a ahorrar. La paciente siente la necesidad de darle un dinero mensual a

su hija porque según ésta no tiene para llegar a fin de mes.

Desde Clínica se ha comprobado que su situación no es como le quiere hacer ver a la madre, ella y su pareja tienen trabajo y por tanto no tienen necesidad económica.

Se trabaja con la paciente en este aspecto para hacerle comprender que el dinero es suyo y que es únicamente para sus gastos y para aquellos que realmente sean necesarios.

Respecto a la solicitud de una plaza residencial, la paciente tiene asumido y aceptado que necesita de por vida estar en un centro sanitario que le cubra las necesidades básicas que ella necesita. Tiene ganas de irse a una residencia y en consulta pregunta cuando le van a dar la plaza para irse allí.

La incapacidad civil es un aspecto que se ha trabajado mucho con ella, se le ha explicado en qué consiste y cuál es su situación que ha desencaminado en ese proceso. Dentro de su deterioro cognitivo por la enfermedad es algo que lo va sobrellevando.

Con su familia se ha intervenido en varias ocasiones con respecto a la solicitud de plaza residencial ya que las hermanas tenían la necesidad de movilizar los trámites tanto para la residencia como para la incapacidad civil.

Apoyo psicosocial siempre se le ha dado, aprovechando que venía a consulta pidiendo dinero. Se le dan 2 euros al día para que se tome el almuerzo en la cafetería y aparte de eso, cuando necesita productos de higiene, el tabaco o recargar la tarjeta de la villabesa, se acuerda con ella el dinero que se le va a dar.

CASO 6:

Varón de 36 años, diagnosticado de Esquizofrenia Residual con un 66% de discapacidad. Reside en Pamplona con su madre y su tía en el domicilio de ésta última. Tiene un hermano fallecido el año pasado. Su madre también tiene un Trastorno Mental Grave y un gran grado de discapacidad.

Ingresado en Clínica de Rehabilitación desde enero de este año, en régimen de Hospitalización Completa. Percibe una pensión no contributiva que administra para sus gastos: tabaco, ropa, comida y productos de higiene. Tiene solicitada una plaza en Residencia Hogar.

Desde la Clínica se le gestiona el dinero, se le dan al día 5 euros condicionados a que acuda a las actividades. Durante el día no suele acudir a las actividades y se va a la cafetería o se monta en la villabesa y recorre el trayecto que realiza la misma.

Desde Trabajo Social se ha intervenido con él en varios aspectos:

- Necesidad de participación en las actividades del centro
- Gestión económica y fomento de la capacidad de ahorro
- Acompañamiento en la espera de adjudicación de plaza en Residencia Hogar.
- Apoyo psicosocial

Se trata de un paciente que es bastante funcional y autónomo, pero que no sigue las normas que el tratamiento rehabilitador conlleva. Es muy amable en el trato pero en ocasiones miente en lo referente a los gastos que ha realizado e intenta conseguir más dinero del que debería.

Gracias a esta gestión económica y las herramientas dadas para que ahorre, el paciente ha mejorado mucho respecto a su autonomía, el mismo reconoce a fin de mes el dinero que ha conseguido ahorrar y que antes de ingresar se gastaba el dinero en cosas que no eran necesarias.

Cada vez que viene a consulta para pedir dinero se aprovecha la ocasión para hablar con el y aconsejarle en determinados temas, como los hábitos y horarios que tiene que conseguir de cara al alta y que aproveche la oportunidad que le brinda el centro para poder rehabilitarse y así cuando salga del centro y se inserte de nuevo en su contexto social tenga las herramientas suficientes para hacer frente a cualquier situación que venga.

CASO 7:

Varón de 33 años, natural de un pueblo de la Zona Media Navarra. Diagnosticado de Trastorno orgánico de la persona y actualmente inscrito como demandante de empleo y dependiente de la economía familiar.

Previo al ingreso llevaba 5 años sin residir en su domicilio propio, vivía con sus padres. Éstos presentaban una gran sobrecarga y al salir el paciente de la UHP, decidieron que no podía volver al

domicilio familiar a causa de broncas y relación conflictiva del paciente para con su familia.

Ingresó en diciembre del año pasado en régimen de hospitalización completa. Durante el ingreso no ha dado autorización a su referente para que informe a su familia de su estado aquí. Además de negarse a visitar a su familia los fines de semana.

Su referente ha trabajado con él la posibilidad de regresar a su domicilio propio los fines de semana y así pasar a régimen de Hospitalización Semana con el fin de facilitarle el alta posterior.

Debido a que carece de ingresos propios y que la vivienda no cuenta con las necesidades básicas cubiertas, se pensó en solicitar a Cáritas un adelanto de la RIS para hacer frente a los arreglos de la casa y poder vivir en ella.

Se encuentra realizando un curso formativo en una escuela taller normalizada donde refiere sentirse agusto con el resto de la gente.

Desde Trabajo Social se ha intervenido con él en varios aspectos:

- Adquisición de hábitos de higiene y alimentación en coordinación con Terapia Ocupacional y su referente
- Solicitud de adelanto de RIS
- Acompañamiento en búsqueda de empleo y formación
- Solicitud de Valoración de Discapacidad
- Apoyo psicosocial en lo referente a su vida familiar

Es un paciente que acude a las actividades con regularidad, no presenta problemas con el resto de pacientes y en consulta con Trabajo Social se muestra conciliador y respetuoso a la hora de intervenir con él.

Tiene un gran grado de autonomía pese a su enfermedad pero, provoca que en ocasiones se niega a seguir alguna indicación que se le da respecto al cumplimiento de las normas del centro.

Se le ha insistido desde Trabajo Social al igual que su referente, en la importancia que tiene la familia en su vida. El día de mañana va a necesitar de ellos y no va a poder contar con éstos.

Al igual que se ha conseguido que el paciente sea capaz de desempeñar por sí mismo las tareas del hogar en la Clínica (limpieza de habitación, baño, preparación de comida..) para que cuando acuda

al domicilio los fines de semana lo lleve a cabo sin ningún problema.

CASO 8:

Varón de 55 años, diagnosticado de Esquizofrenia Paranoide, con un grado de discapacidad superior al 60%. Reside en un pueblo de Navarra con su madre. Lleva 14 años acudiendo a un Centro Ocupacional.

Buena relación con la madre, a la que tiene muy protegida y siempre le pregunta primero antes de tomar alguna decisión. En casa no colabora mucho, su madre le hace las cosas a pesar de que ésta es muy mayor.

Ingresado en régimen de día desde finales del año pasado. Acude a Clínica los Lunes, Miércoles y Viernes; mientras que los Martes y Jueves va al Centro Ocupacional.

No cuenta con muchos apoyos, únicamente su madre, por lo que se consideró adecuado que se le solicitase un educador social (EISOC).

Se ha trabajado junto con Terapia Ocupacional el ocio y los hábitos de higiene y alimentación necesarios para que el paciente sea lo más autónomo posible y su madre no padezca esa sobrecarga.

Desde Trabajo Social se ha intervenido con él en diferentes aspectos:

- Solicitud de EISOC
- Adquisición de hábitos de higiene y alimentación
- Acompañamiento en la búsqueda de actividades de ocio
- Apoyo psicosocial e intervención con la familia

Respecto a la solicitud de EISOC, se le explicó detalladamente en qué consistía el servicio ya que no lo terminaba de entender. Al no verle muy convencido de aceptarlo y de la necesidad de pedir permiso a su madre, se le dejó una semana para que reflexionase sobre ello.

Al final, él mismo reconoció que le vendría bien un apoyo profesional en su entorno que le ayudase a buscar actividades de ocio o a desenvolverse en su domicilio.

Durante las entrevistas que se ha tenido con él en las que yo he estado presente, se le ha prestado apoyo psicosocial, ya que en muchas ocasiones tenía momentos más bajos de ánimo o inquietudes que le preocupaban y todos estos pacientes necesitan ser escuchados.

Se le ha ofrecido la posibilidad de que la trabajadora social se pusiera en contacto con su madre para explicarle su situación y todas aquellas propuestas que eran consideradas beneficiosas para su proceso de rehabilitación.

2. Cuestionario a los profesionales del equipo

Preguntas acerca de la labor del trabajador social sanitario en la rehabilitación psicosocial del trastorno mental grave para profesionales: psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermería, terapia ocupacional, educadora social

CUESTIONARIO A PROFESIONAL 1:

1. ¿Crees que es necesaria la intervención desde el Trabajo Social para el tratamiento psicopatológico del paciente, en este contexto, la rehabilitación psicosocial?

Por supuesto que es necesaria. Diría que fundamental

2. ¿Qué opinión te da el estereotipo de trabajador social como “tramitador de recursos y gestiones” ? ¿Crees que es válida y que describe realmente su labor profesional?

La verdad que hay esa visión en parte de la población y en parte de algunos profesionales. Ese estereotipo lo tenemos que cambiar entre todos.

3. ¿Cómo definirías o evaluarías la labor realizada por los profesionales de Trabajo Social dentro de este centro y en general dentro de la red de la salud mental?

Como he dicho, me parece fundamental en el equipo la aportación del Trabajo Social.

4. ¿Qué puntos débiles y fuertes encuentras en la intervención del Trabajo Social dentro del contexto sanitario, la rehabilitación psicosocial?

Es difícil contestar a esta pregunta. El objetivo de un buen funcionamiento es que comparta las tareas con otros miembros del contexto sanitario no desde un posicionamiento de “de disciplina propia” sino desde la coordinación.

5. ¿Cuál crees que es el lugar que ocupa el Trabajo Social Sanitario dentro de la red de salud mental? ¿Estás de acuerdo con esa posición? ¿Por qué?

Formar parte de un equipo multidisciplinar.

CUESTIONARIO A PROFESIONAL 2:

1. ¿Crees que es necesaria la intervención desde el Trabajo Social para el tratamiento psicopatológico del paciente, en este contexto, la rehabilitación psicosocial?

La función del trabajador social no es el tratamiento psicopatológico. Esto corresponde a los facultativos, pero la labor del trabajador social contribuye a reforzar y mantener la estabilidad psicopatológica del paciente.

2. ¿Qué opinión te da el estereotipo de trabajador social como “tramitador de recursos y gestiones” ¿, ¿Crees que es válida y que describe realmente su labor profesional?

El que conoce la compleja realidad de las personas con enfermedad mental entiende que las tareas de un trabajador social van más allá de la tramitación. Además motiva, informa, acompaña, coordina, educa en la utilización de recursos.

3. ¿Cómo definirías o evaluarías la labor realizada por los profesionales de Trabajo Social dentro de este centro y en general dentro de la red de la salud mental?

Imprescindible e insustituible.

4. ¿Qué puntos débiles y fuertes encuentras en la intervención del Trabajo Social dentro del contexto sanitario, la rehabilitación psicosocial?

Puntos fuertes: Visión integradora, reivindicación de derechos de usuarios, defensa del paciente, identificación y defensa de situación de desprotección.

Puntos débiles: exceso de carácter reivindicativo que en ocasiones puede dar lugar a desencuentros con otros profesionales.

5. ¿Cual crees que es el lugar que ocupa el Trabajo Social Sanitario dentro de la red de salud mental? ¿Estás de acuerdo con esa posición? ¿Por qué?

El lugar depende de los recursos y de los equipos. Creo que hay en general desconocimiento de la amplia función del trabajador social. Esto podría mejorarse teniendo visión de trabajo en equipo, de encuentro y comunicación.

CUESTIONARIO A PROFESIONAL 3:

1. ¿Crees que es necesaria la intervención desde el Trabajo Social para el tratamiento psicopatológico del paciente, en este contexto, la rehabilitación psicosocial?

Para el tratamiento psicopatológico no, no tienen formación en manejo de síntomas, patología, etc. Pero sí en el tratamiento de la rehabilitación psicosocial, ahí es necesaria e imprescindible su intervención.

2. ¿Qué opinión te da el estereotipo de trabajador social como “tramitador de recursos y gestiones” ? ¿Crees que es válida y que describe realmente su labor profesional?

Es una parte más de su intervención pero no la única ni la más importante. No, pero es como decir que la terapeuta hace manualidades, la enfermera pone la inyección, el psiquiatra la medicación y el psicólogo escucha.

3. ¿Cómo definirías o evaluarías la labor realizada por los profesionales de Trabajo Social dentro de este centro y en general dentro de la red de la salud mental?

No me corresponde a mí como miembro del equipo o de la red realizar esta labor.

4. ¿Qué puntos débiles y fuertes encuentras en la intervención del Trabajo Social dentro del contexto sanitario, la rehabilitación psicosocial?

Puntos débiles: la falta de tiempo para la intervención (no más que otros profesionales del equipo) que hace que no se pueda realizar una intervención completa. La falta de conocimiento de las competencias profesionales por parte del resto del equipo.

Puntos fuertes: En estos momentos, la implicación de los profesionales del centro. Todo ello, dependiendo de la persona que desempeñe la labor, de su implicación y su formación.

5. ¿Cuál crees que es el lugar que ocupa el Trabajo Social Sanitario dentro de la red de salud mental? ¿Estás de acuerdo con esa posición? ¿Por qué?

Depende del centro al que se mire. Interfiere mucho en la función que desempeña las aptitudes y actitudes personales.

La consideración que tienen en la red es de labor necesaria dentro de los equipos, y por ello están presentes en todos los servicios de la red. Tras la presencia, en función de los equipos y del propio profesional, desarrollará más o menos su intervención en el servicio.

CUESTIONARIO A PROFESIONAL 4:

1. ¿Crees que es necesaria la intervención desde el Trabajo Social para el tratamiento psicopatológico del paciente, en este contexto, la rehabilitación psicosocial?

Para el tratamiento psicopatológico no. No están formados ni en sintomatología, patología, manejo, pero sí que es necesario su trabajo en rehabilitación psicosocial: entorno, familia, recursos....

2. ¿Qué opinión te da el estereotipo de trabajador social como “tramitador de recursos y gestiones” ? ¿Crees que es válida y que describe realmente su labor profesional?

Es una faceta de su profesión pero no la única, ocurre lo mismo con otras profesiones, es una visión reduccionista. Es como decir que la enfermera sólo pone inyecciones o el terapeuta ocupacional hace el taller de manualidades, el psiquiatra ajusta la medicación y el psicólogo “escucha”.

3. ¿Cómo definirías o evaluarías la labor realizada por los profesionales de Trabajo Social dentro de este centro y en general dentro de la red de la salud mental?

No considero que deba evaluar su trabajo. A lo largo de mi experiencia laboral en este centro he conocido seis trabajadoras sociales en siete años y cada una funcionaba o priorizaba áreas diferentes e intervenciones.

4. ¿Qué puntos débiles y fuertes encuentras en la intervención del Trabajo Social dentro del contexto sanitario, la rehabilitación psicosocial?

Depende de cada trabajador social, los diferentes profesionales que han pasado por el centro han entendido el trabajo de formas diferentes y el nivel de implicación ha sido diferente.

5. ¿Cuál crees que es el lugar que ocupa el Trabajo Social Sanitario dentro de la red de salud mental? ¿Estás de acuerdo con esa posición? ¿Por qué?

Para mí difiere el sentimiento en general que tienen los trabajadores sociales con la visión real que se tiene de ellos en la red de salud. Son una pieza imprescindible para un buen abordaje de la persona y así lo percibimos los compañeros.

CUESTIONARIO A PROFESIONAL 5:

1. ¿Crees que es necesaria la intervención desde el Trabajo Social para el tratamiento psicopatológico del paciente, en este contexto, la rehabilitación psicosocial?

Su intervención es necesaria por el trabajo en equipo que permite una intervención en la persona desde todos los aspectos que la integran: psicológicos, sociales....

2. ¿Qué opinión te da el estereotipo de trabajador social como “tramitador de recursos y gestiones” ? ¿Crees que es válida y que describe realmente su labor profesional?

No, es muy sesgada, ya que su trabajo desarrolla muchos más aspectos y más ámbitos: personales, familiares, sociales...

3. ¿Cómo definirías o evaluarías la labor realizada por los profesionales de Trabajo Social dentro de este centro y en general dentro de la red de la salud mental?

Ayuda a la reflexión en las situaciones reales personales y familiares, así como en sus aspectos económicos, culturales, étnicos. Acompaña en la incorporación laboral y en aquellos recursos sociales.

4. ¿Qué puntos débiles y fuertes encuentras en la intervención del Trabajo Social dentro del contexto sanitario, la rehabilitación psicosocial?

Puntos fuertes: Tienen unas buenas herramientas para el análisis de la situación social, Buena preparación tanto práctica como intelectual, son profesionales con gran motivación y destacan la calidad humana.

5. ¿Cuál crees que es el lugar que ocupa el Trabajo Social Sanitario dentro de la red de salud mental? ¿Estás de acuerdo con esa posición? ¿Por qué?

Su labor de nexo de unión entre la realidad social y su asistencia sanitaria con los profesionales tenga los mejores cuidados necesarios y que se adapten a su realidad.

CUESTIONARIO PROFESIONAL 6:

1. ¿Crees que es necesaria la intervención desde el Trabajo Social para el tratamiento psicopatológico del paciente, en este contexto, la rehabilitación psicosocial?

Para el tratamiento psicopatológico no, pero para la rehabilitación psicosocial sí. Es necesaria para la coordinación, intervención y actuaciones específicas dentro del área psicosocial que es parte fundamental de la rehabilitación psiquiátrica del paciente mental grave.

2. ¿Qué opinión te da el estereotipo de trabajador social como “tramitador de recursos y gestiones” ? ¿Crees que es válida y que describe realmente su labor profesional?

El estereotipo es muy pobre ya que limita las áreas en intervención a nivel personal, familiar y social amplio.

3. ¿Cómo definirías o evaluarías la labor realizada por los profesionales de Trabajo Social dentro de este centro y en general dentro de la red de la salud mental?

Es una labor importante dentro de la Salud Mental y especialmente en las áreas de intervención donde se coordinan recursos diversos (personales y sociales).

4. ¿Qué puntos débiles y fuertes encuentras en la intervención del Trabajo Social dentro del contexto sanitario, la rehabilitación psicosocial?

Como puntos débiles: tenéis el hándicap de que vuestra titulación no está reconocida como sanitaria por el resto de profesionales, además de ser visto como tramitador de recursos, especialmente económicos.

Como puntos fuertes: conocimiento amplio de diferentes recursos, no específicamente sanitarios, e intervención sobre ellos.

5. ¿Cuál crees que es el lugar que ocupa el Trabajo Social Sanitario dentro de la red de salud mental? ¿Estás de acuerdo con esa posición? ¿Por qué?

Depende del dispositivo de la red de salud mental que nos ocupe. Es sobre todo importante en los dispositivos de intervención psicosocial.

CUESTIONARIO PARA EL PROFESIONAL 7:

1. ¿Crees que es necesaria la intervención desde el Trabajo Social para el tratamiento psicopatológico del paciente, en este contexto, la rehabilitación psicosocial?

Si

2. ¿Qué opinión te da el estereotipo de trabajador social como “tramitador de recursos y gestiones”? ¿Crees que es válida y que describe realmente su labor profesional?

En nuestro ámbito no creo que exista ese estereotipo. Creo que no describe la labor profesional.

3. ¿Cómo definirías o evaluarías la labor realizada por los profesionales de Trabajo Social dentro de este centro y en general dentro de la red de salud mental?

La labor es similar a la de otros especialistas aunque dentro de su ámbito. Por ejemplo, a nivel de la atención a pacientes participa en la evaluación, el diseño del plan de tratamiento y la intervención.

4. ¿Qué puntos débiles y fuertes encuentras en la intervención del trabajo social dentro del contexto sanitario, la rehabilitación psicosocial?

Puntos fuertes: La mayor relevancia en este campo de las dificultades que aborda esta especialidad (necesidades a nivel social, familiar, jurídico, de vivienda, laboral, económico...)

Puntos débiles: la falta de recursos

5. ¿Cuál crees que es el lugar que ocupa el Trabajo Social Sanitario dentro de la red de salud mental? ¿Estás de acuerdo con esa posición? ¿Por qué?

No tengo una opinión clara a este nivel general.

2. ¿Qué han dicho los pacientes?

ENTREVISTA A PACIENTE 1:

1. ¿Crees que es necesaria la intervención por parte de Trabajo Social en tu proceso de rehabilitación?

Paciente: *Sí*

Yo: *Por qué?*

Paciente: *Lo he comprobado*

Yo: *¿En qué aspectos te ha ayudado?*

Paciente: *Aparte de mediar en todos los aspectos, sociales, clínicos, ha hecho mediación, me ha ayudado con los cursillos y me ha orientado con mis recursos económicos.*

2. ¿Cómo valorarías la labor que realiza el trabajador social en salud mental, en este caso en la Clínica de Rehabilitación? ¿Por qué?

Paciente: *Satisfactoria, respecto a este centro, los otros centros los desconozco. Hablo desde el mío personal.*

3. ¿Hay algo en lo que no estás de acuerdo de la labor de la trabajadora social?. ¿Qué cambiarías?

Paciente: *No he analizado su labor en concreto.*

Yo: *Pero, ¿respecto a su intervención contigo?*

Paciente: *Desconozco si habría algo que cambiar, en lo que a mí me respecta me ha ayudado mucho.*

4. ¿Cómo valoras el trato recibido por la trabajadora social de referencia, durante tu estancia aquí? ¿Qué cualidades destacarías de la profesional con respecto al trato para contigo?

Paciente: *Satisfactoria, es una persona agradable en trato, ha hecho su trabajo bien, ella deja las cosas claras y me ayuda.*

5. ¿Crees que es beneficioso para tu tratamiento que el trabajador social intervenga también con tu familia? ¿Estás de acuerdo?

Paciente: *Hasta cierto punto sí.*

Yo: *¿Desde tu punto de vista en qué ves que es bueno?*

Paciente: *Para mi es bueno que haga mediación entre mi familia y yo por el tema económico, ya que ellos atraviesan una mala situación y no me pueden ayudar económicamente y por eso la trabajadora social se ha puesto en contacto con Cáritas para solicitar el adelanto de la RIS para que yo me pueda ir a mi casa los fines de semana.*

6. ¿En qué aspectos concretos de tu estancia en la clínica te ha ayudado o qué objetivos ha trabajado contigo la trabajadora social?

Paciente: *En la gestión de ayudas económicamente, como ya te he dicho antes, en el tema de la familia...*

Yo: *¿Qué tipo de apoyo más has recibido por parte de ella?*

Paciente: *Me ha escuchado, hace bien su trabajo, no tengo motivos de queja.*

ENTREVISTA A PACIENTE 2:

1. ¿Crees que es necesaria la intervención por parte de Trabajo Social en tu proceso de rehabilitación?

Paciente: *Sí*

Yo: *¿Por qué?*

Paciente: *Me puede ayudar, ofrecerme una plaza residencial, me gestiona el dinero, hablamos de mis preocupaciones.*

Yo: *¿Qué te preocupa?*

Paciente: *Estoy preocupada porque no me llaman para la residencia, además de esos aspectos es importante para mí.*

2. ¿Cómo valorarías la labor que realiza el trabajador social en Salud Mental, en este caso en la Clínica de Rehabilitación? ¿Por qué?

Paciente: *Un 10*

Yo: *¿Por qué?*

Paciente: *Porque me ayuda mucho, puedo hablar con ella, es cariñosa y me escucha cuando lo necesito.*

3. ¿Hay algo en lo que no estás de acuerdo de la labor de la trabajadora social? ¿Qué cambiarías?

Paciente: *Me gustaría que me diese 3 euros en vez de 2 euros*

Yo: *¿Respecto al trato que tiene para contigo?*

Paciente: *Es muy buena, me gustaría que me buscara la residencia cuanto antes.*

4. ¿Cómo valoras el trato recibido por la trabajadora social de referencia, durante tu estancia aquí? ¿Qué cualidades destacarías de la profesional con respecto al trato para contigo?

Paciente: *un 10*

Yo: *¿Qué cualidades destacas de ella?*

Paciente: *Es amable, cariñosa, me da ánimo. Ella me pregunta que opino de algo cuando hay que tomar una decisión. Me tiene muy en cuenta, la quiero mucho, me siento escuchada, la veo como una persona con la que poder hablar.*

Yo: *¿Sabes que puede trabajar otros aspectos contigo?*

Paciente: *Sé que me puede ayudar no sólo para buscar recursos*

5. *¿Crees que es beneficioso para tu tratamiento que el trabajador social intervenga también con tu familia? ¿Estás de acuerdo?*

Paciente: *Si*

Yo: *¿Por qué lo crees?*

Paciente: *Porque ella se encarga de todo, habla con mi familia, con mi hermana, es bueno que hable con ella para que sepa como estoy y me ayude.*

6. *¿En qué aspectos concretos de tu estancia en la clínica te ha ayudado o qué objetivos ha trabajado contigo la trabajadora social?*

Yo: *¿Cuánto tiempo llevas aquí?*

Paciente: *Voy a hacer un año en Agosto.*

Yo: *¿Qué aspectos ha trabajado contigo?*

Paciente: *Me ha ayudado a gestionarme el dinero, a mirarme las residencias, me ha dicho que tengo que ahorrar. Ha llamado a mis hermanas para informarles de cómo estoy y lo agradezco. Me ha ayudado mucho, pero no me deja darle dinero a mi hija porque dice que mi hija tiene suficiente dinero.*

Yo: *¿Tú crees eso?*

Paciente: *No creo que sea así.*

ENTREVISTA A PACIENTE 3:

1. ¿Crees que es necesaria la intervención por parte de Trabajo Social en tu proceso de rehabilitación?

Paciente: *Me puede ayudar, ofrecerme una plaza residencial, me gestiona el dinero, hablamos de mis preocupaciones.*

2. ¿Cómo valorarías la labor que realiza el trabajador social en salud mental, en este caso en la Clínica de Rehabilitación? ¿Por qué?

Paciente: *Buena*

Yo: *¿Por qué?*

Paciente: *Porque me dice las cosas como son y me apoya, me da libertad completa, estoy aquí por recomendación*

Yo: *Pero aquí se ingresa voluntariamente*

Paciente: *Y porque quiero también*

3. ¿Hay algo en lo que no estás de acuerdo de la labor de la trabajadora social?

Paciente: *No, me apoya, me ve por ahí y me dice "vente a hablar conmigo".*

4. ¿Cómo valoras el trato recibido por la trabajadora social de referencia, durante tu estancia aquí? ¿Qué cualidades destacarías de la profesional con respecto al trato para contigo?

Paciente: *Bueno*

Yo: *¿Qué cualidades destacas de ella?*

Paciente: *Es responsable, clara, concisa, maja, me tiene en cuenta a la hora de decidir en mi proceso y estancia aquí.*

5. ¿Crees que es beneficioso para tu tratamiento que el trabajador social intervenga también con tu familia? ¿Estás de acuerdo?

Paciente: *Igual sí, porque vengo de una familia con muchos problemas.*

Yo: *¿Cómo ves que ella intervenga con tu familia?*

Paciente: *Es bueno que ella haga de mediadora con mi familia.*

6. ¿En qué aspectos concretos de tu estancia en la clínica te ha ayudado o qué objetivos ha trabajado contigo la trabajadora social?

Paciente: *Me ha recomendado realizar actividades nuevas, me ha ayudado a motivarme, me ha explicado mi situación, a solucionar mis asuntos legales de todo tipo.*

Yo: ¿Qué más aspectos ha trabajado contigo?

Paciente: *Hemos planteado actividades de ocio, un cambio de patrona, me ha ayudado en lo que le he pedido. Me da autonomía para que yo busque recursos y si no me los tramita ella.*

ENTREVISTA A PACIENTE 4:

1. ¿Crees que es necesaria la intervención por parte de Trabajo Social en tu proceso de rehabilitación?

Paciente: *Si*

Yo: *¿Por qué?*

Paciente: *La trabajadora social se preocupa por mí, por buscarme un educador social, ver cómo estoy y el dinero que me van a dar.*

2. ¿Cómo valorarías la labor que realiza el trabajador social en salud mental, en este caso en la Clínica de Rehabilitación? ¿Por qué?

Paciente: *Importante, muy buena, porque todos realizan buena labor, unos tienen un trabajo de psiquiatra, enfermera....*

3. ¿Hay algo en lo que no estás de acuerdo de la labor de la trabajadora social?. ¿Qué cambiarías?

Paciente: *No, ella realiza su papel. Hay otras trabajadoras sociales, pero no se han preocupado por mí.*

4. ¿Cómo valoras el trato recibido por la trabajadora social de referencia, durante tu estancia aquí? ¿Qué cualidades destacarías de la profesional con respecto al trato para contigo?

Paciente: *Muy buena*

Yo: *¿Entonces qué destacas de ella?*

Paciente: *se interesa por mí, hace bien su trabajo, se dedica a ello.*

5. ¿Crees que es beneficioso para tu tratamiento que el trabajador social intervenga también con tu familia? ¿Estás de acuerdo?.

Paciente: *Si*

Yo: *¿Por qué estás de acuerdo?*

Paciente: *Porque tienen que tener a alguien que les cuente y ella le cuenta cómo me encuentro... si me hace falta un educador social, desde casa colaboran conmigo.*

6. ¿En qué aspectos concretos de tu estancia en la clínica te ha ayudado o qué objetivos ha trabajado contigo la trabajadora social?

Paciente: *Me he comprometido a llegar puntual a Elkarkide y a ir todos los días, los viernes también.*

Yo: *¿Y qué más?*

Paciente: *Me ha propuesto un educador social.*

ENTREVISTA A PACIENTE 5:

1. ¿Crees que es necesaria la intervención por parte de Trabajo Social en tu proceso de rehabilitación?

Paciente: *Si*

Yo: *¿Por qué?*

Paciente: *Porque me ayuda en mi vida cotidiana, con mis cosas, problemas porque aprendes cosas, sobre todo en general, me sirve de distracción para las personas que no tenemos ocupación, nos sirve para no estar encerrados en casa.*

Yo: *¿En qué ves que te ayuda?*

Paciente: *Sobre cualquier tema me aconseja, le puedes contar tus problemas, viene muy bien. Si necesitas consultar un documentos o teléfonos, información de cualquier tipo.*

2. ¿Cómo valorarías la labor que realiza el trabajador social en salud mental, en este caso en la Clínica de Rehabilitación? ¿Por qué?

Muy bien, porque cualquier duda te ayuda a resolver o a buscar cualquier cosa y lo hace muy desinteresadamente. Es muy agradable y te hace ver las cosas de la manera que son y no cómo tu las ves. Te ayuda moralmente y anímicamente, para mí, casi como un psicólogo.

3. ¿Hay algo en lo que no estás de acuerdo de la labor de la trabajadora social? ¿Qué cambiarías?

Paciente: *Yo no, la verdad es que todas las trabajadoras sociales hacen una labor muy buena, son muy cariñosas, sobre todo para nosotros los que necesitamos ayuda.*

4. ¿Cómo valoras el trato recibido por la trabajadora social de referencia, durante tu estancia aquí? ¿Qué cualidades destacarías de la profesional con respecto al trato para contigo?

Paciente: *Bueno*

Yo: *¿Qué cualidades destacas de ella?*

Paciente: *Es cariñosa, te explica muy bien las cosas, la tienes ahí para lo que necesites, cualquier problema le consultas y te atiende muy bien. Me ha aconsejado en preguntas que he hecho. Te tratan de una forma, yo soy muy nerviosa y tienden a hacerte las preguntas adecuadas de una forma que yo necesito para tranquilizarme.*

5. ¿Crees que es beneficioso para tu tratamiento que el trabajador social intervenga también con tu familia? ¿Estás de acuerdo?

Paciente: *Si*

Yo: *¿Estás de acuerdo?*

Paciente: *Si, pero con mi familia no tengo trato. Aquí tengo que ser yo la que haga las cosas, si mi situación fuera como la anterior, entonces sí.*

6. ¿En qué aspectos concretos de tu estancia en la clínica te ha ayudado o qué objetivos ha trabajado contigo la trabajadora social?

Paciente: *Aconsejarme en algún problema, me pongo muy nerviosa y ella me dice que le deje hablar a ella y que les escuche. Tengo esa costumbre y hablo todo de lo mío y no escucho lo que los demás me dicen, y hay que escuchar muy bien a la gente.*

Me ha solicitado un CRPS, me dice que tenga paciencia que ya encontraré otro piso, me dió la dirección de una constructora y se preocupó en explicarme todos los requisitos, pero no me interesaba. Si yo no encuentro por mí misma, le pediré ayuda.

Ella me ha buscado para hablar, se me olvidó el número del piso y ella me lo recordó para traérselo.

ENTREVISTA A PACIENTE 6:

1. ¿Crees que es necesaria la intervención por parte de Trabajo Social en tu proceso de rehabilitación?

Paciente: *Si*

Yo: *¿En qué aspectos la ves necesaria?*

Paciente: *Hay situaciones que se requiere ayuda, incorporación sociolaboral, ayuda de temas económicos, contacto con la familia como mediadora*

2. ¿Cómo valorarías la labor que realiza el trabajador social en salud mental, en este caso en la Clínica de Rehabilitación? ¿Por qué?

Paciente: Buena

Yo: ¿Por qué?

Paciente: *Se implica en su trabajo, me ayuda en todo lo que esté en sus manos*

3. ¿Hay algo en lo que no estás de acuerdo de la labor de la trabajadora social?. ¿Qué cambiarías?

Paciente: *Estoy de acuerdo, veo bien todo*

4. ¿Cómo valoras el trato recibido por la trabajadora social de referencia, durante tu estancia aquí?
¿Qué cualidades destacarías de la profesional con respecto al trato para contigo?

Paciente: *Muy bueno*

Yo: ¿Qué cualidades destacas de ella?

Paciente: *Sabe escuchar, entiende los problemas, ella me tiene en cuenta a la hora de decidir*

5. ¿Crees que es beneficioso para tu tratamiento que el trabajador social intervenga también con tu familia? ¿Estás de acuerdo?

Paciente: *Si*

Yo: ¿Por qué?

Paciente: *Porque solemos venir con problemas familiares y ella media para que haya un entendimiento. Es importante tener su punto de vista.*

6. ¿En qué aspectos concretos de tu estancia en la clínica te ha ayudado o qué objetivos ha trabajado contigo la trabajadora social?

Paciente: *Ha mediado con la familia, me ha llevado el tema judicial, los temas económicos.*

Yo: *Respecto a tu vida diaria, ¿ha intervenido contigo en alguna cuestión?*

Paciente: *Me aconseja en lo que yo era antes y me dice que cosas mejorar.*

ENTREVISTA A PACIENTE 7:

1. ¿Crees que es necesaria la intervención por parte de Trabajo Social en tu proceso de rehabilitación?

Paciente: *Si, por supuesto.*

Yo: *¿Por qué?*

Paciente: *En mi caso personal, yo estoy ahora esperando una resolución, llevo 6 meses de prórroga de baja y no sé si me darán una IP o me mandarán a trabajar. Me supervisa la labor que realizan los otros profesionales, se ven que están coordinados entre ellos.*

2. *¿Cómo valorarías la labor que realiza el trabajador social en salud mental, en este caso en la Clínica de Rehabilitación? ¿Por qué?*

Paciente: *Un notable alto.*

Yo: *¿Por qué?*

Paciente: *Son temas que desconocemos, de la enfermedad ya hemos pasado por centros pero de papeleos desconozco.*

Yo: *¿Qué más ves que te aporta?*

Paciente: *Me valora lo que estoy haciendo, no siempre de manera positiva, no siempre le hago caso, me mete caña (risas)*

3. *¿Hay algo en lo que no estás de acuerdo de la labor de la trabajadora social?. ¿Qué cambiarías?*

Paciente: *No estoy en desacuerdo con nada, no he visto nada que ella me haya exigido y que no sea lógico o que yo no pueda realizar.*

4. *¿Cómo valoras el trato recibido por la trabajadora social de referencia, durante tu estancia aquí? ¿Qué cualidades destacarías de la profesional con respecto al trato para contigo?*

Paciente: *Muy bien.*

Yo: *¿Qué cualidades destacas de ella?*

Paciente: *Simpatía, que es muy directa, agradable, se puede hablar de todo con confianza. El ser cercano en estos temas es básico, tú vas con unos problemas y buscas soluciones y tiene que ser una persona muy llana y cercana.*

5. *¿Crees que es beneficioso para tu tratamiento que el trabajador social intervenga también con tu familia? ¿Estás de acuerdo?*

Paciente: *Si*

Yo: *¿Por qué crees eso?*

Paciente: *Tiene 2 puntos de vista: mi punto de vista sobre lo que yo puedo pensar y el punto de vista de alguien que me conoce, "abre el abanico".*

6. ¿En qué aspectos concretos de tu estancia en la clínica te ha ayudado o qué objetivos ha trabajado contigo la trabajadora social?

Paciente: *Me ha ayudado en los papeleos de las incapacidades, desde higiene personal hasta en mi hogar y muchas más cosas.*

Yo: *¿Qué más concretamente?*

Paciente: *En temas de la vida diaria, actitudes, horarios, todo donde peco un poco (risas)*

Yo: *¿Consideras que te ha consultado a la hora de tomar alguna decisión dentro de tu estancia aquí?*

Paciente: *Sí, por supuesto, ella me ha preguntado y planteado si me veo preparado para hacerlo: "¿puedes?, ¿estás seguro que puedes?", ha hecho una valoración en todos los temas, en la vida que me espera después.*

ENTREVISTA A PACIENTE 8:

1. ¿Crees que es necesaria la intervención por parte de Trabajo Social en tu proceso de rehabilitación?

Paciente: *Sí*

Yo: *¿Por qué?*

Paciente: *Porque me ayuda, si tengo dudas le pregunto, ella me responde bien.*

Yo: *¿Sobre qué le preguntas?*

Paciente: *Sobre el día que salga de aquí, que voy a hacer, a ver qué tal me ve, si voy a trabajar...*

2. ¿Cómo valorarías la labor que realiza el trabajador social en salud mental, en este caso en la Clínica de Rehabilitación? ¿Por qué?

Paciente: *Buena*

Yo: *¿Por qué?*

Paciente: *A veces es un poco cabezona porque quiere que le dé explicaciones de lo que hago, pero es muy maja, me da todo tipo de soluciones a la hora de decidir algo te aconseja bien.*

3. ¿Hay algo en lo que no estás de acuerdo de la labor de la trabajadora social? ¿Qué cambiarías?

Paciente: *Cuando voy a visitarla quiero que me atienda rápido porque siempre está ocupada.*

4. ¿Cómo valoras el trato recibido por la trabajadora social de referencia, durante tu estancia aquí? ¿Qué cualidades destacarías de la profesional con respecto al trato para contigo?

Paciente: *Un trato bueno*

Yo: *¿Qué cualidades estacas de ella?*

Paciente: *Siempre me habla, a veces demasiado, me repite mucho las cosas, pero me hace bien porque a futuro te puede servir para tu vida, estás preparado para un trabajo o para afrontar la vida que es más dura que aquí.*

Yo: *¿Qué más te aporta?*

Paciente: *Me aconseja mucho, me apoya, me comprende la situación en la que he vivido, para que no vuelva a suceder lo malo que he tenido.*

5. ¿Crees que es beneficioso para tu tratamiento que el trabajador social intervenga también con tu familia? ¿Estás de acuerdo?

Paciente: *Sí.*

Yo: *¿Por qué lo crees así?*

Paciente: *Porque mi familia no me apoya cuando salga de aquí, sólo tengo a mi madre y mi tía y son mayores. El día de mañana no voy a tener dónde ir y la trabajadora social les aconseja y ve si me apoyan o no.*

6. ¿En qué aspectos concretos de tu estancia en la clínica te ha ayudado o qué objetivos ha trabajado contigo la trabajadora social?

Paciente: *Económicamente, a que ahorre, los gastos necesarios, no a malgastar..*

Yo: *¿En otros aspectos?*

Paciente: *Me dice que vaya a las actividades, que esté tranquilo, que la vida es peor que esto.*

Tengo que estar preparado para cuando salga de aquí y me enfrente solo.

3. Cuestionario a Trabajo Social

1. ¿Qué opinión te da el estereotipo de trabajador social como “tramitador de recursos y gestiones”? ¿Crees que es válida y que describe realmente tu labor profesional?

La visión de “tramitador” nos resulta sesgada y limitadora en relación a la multiplicidad de funciones del Trabajo Social Sanitario. En el propio hecho de la tramitación (acción más cercana a lo administrativo), existen otras acciones previas que son parte del proceso de intervención social: información, entrevista motivacional, concienciación de posible necesidad, coordinación...

El Trabajo Social Sanitario es más complejo que la mera gestión de recursos y nos remitimos a la definición dada por Amaia Ituarte en 1994: “El Trabajo Social Clínico es la actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen en relación a las situaciones de enfermedad, tanto si influyen en su desencadenamiento como si derivan de ellas”.

Al mismo tiempo en ocasiones, esta visión es entendible ya que debido a la multiplicidad de factores como son el volumen de trabajo, el desconocimiento del “otro”, las posibilidades que da la entidad... limitan el ejercicio profesional a ello.

2. ¿Crees que tu intervención es valorada por el resto de profesionales del ámbito de la salud mental?

En general la mayoría nuestros/as compañeros/as, aunque quizá no tenga una idea clara o sepan con exactitud que es el Trabajo Social Sanitario, utilizan las intervenciones sociales realizadas e intentan contar con Trabajo Social para enfocar y realizar la intervención.

Esta percepción no la tenemos en cambio en relación a la jefatura. Con una orientación más clínica, dando importancia fundamentalmente al personal sanitario (Trabajo Social no es profesión sanitaria en Navarra). Puede ser ésta una de las razones por las cuales no se facilita en cierta manera el Trabajo Social.

3. ¿Qué beneficios encuentras en la intervención por parte de Trabajo Social en la rehabilitación psicosocial de un paciente?

Somos una pata más. El trabajo en rehabilitación psicosocial es multidisciplinar y por lo tanto el Trabajo Social tiene parte en este trabajo, todos a una para la adaptación, normalización de la persona en su medio, para la mayor calidad de vida.

4. ¿Consideras importante intervenir con las familias en el tratamiento, en este caso, rehabilitador de los pacientes? ¿Por qué?

Si, ya que la familia, en el supuesto caso de que exista, es un elemento central como eje facilitador/contraproducente en el proceso de rehabilitación de la persona objeto/sujeto de intervención.

Para trabajar el cambio es necesario en muchas ocasiones trasladar cambios también al núcleo familiar para que dicho proceso sea real y efectivo.

5. ¿Qué me podrías decir acerca del problema que se plantea entre el colectivo de trabajadores sociales de la “invisibilidad” del Trabajo Social en el ámbito sanitario?

El sistema de sistematización de datos existente en la administración no facilita el volcado de datos de la intervención social realizada, lo que conlleva a una dificultad para plasmar la intervención social indirecta. También, del mismo modo sucede lo mismo con las posibles intervenciones grupales realizadas.

La falta de representación en puestos directivos (en la actualidad la ejerce una enfermera), es otro de los factores que no ayudan a la visibilidad y al ejercicio de las competencias de la profesión.

El hecho de que el sistema Navarro de Salud no considere al Trabajo Social como profesión sanitaria con lo que esto conlleva. Junto con gran peso del modelo biologicista existente en la red y el corto desarrollo de la psiquiatría asertivo-comunitaria.

6. ¿Consideras que vuestra identidad profesional como trabajadores sociales sanitarios está bien definida o que por el contrario hay que trabajar en ello?.

El marco legislativo-académico-histórico está claro y marca directrices pero la situación actual, por todo lo comentado anteriormente, dificulta el desarrollo de la identidad profesional.

7. ¿Cómo ves actualmente al Trabajo Social Sanitario? ¿Qué posición ocupa? ¿Estás de acuerdo?

Con necesidad de reformulación y reafirmación de la identidad ante las nuevas formas de trabajar, cambios en la dirección (paso de ser subdirección a dirección) y el desarrollo producido de identidad profesional de otras profesiones.

8. ¿Con qué problemas os encontráis a la hora de intervenir en vuestro campo de actuación?

Excesiva carga de trabajo que dificulta la elaboración del diagnóstico social y la posterior intervención.

Los problemas y dificultades en la coordinación interna y externa.

El intrusismo profesional, así como las grandes listas de espera para el acceso a los recursos.

9. ¿Crees que para el plan de tratamiento individualizado y la consecución de objetivos, es imprescindible contar con la aprobación y motivación para el cambio del paciente?. ¿Por qué?.

Si, es algo incuestionable. La implicación de la persona en su proceso de rehabilitación es la piedra angular donde pivota la intervención y le da sentido a ella. Hay que contar con ella ya que las trabajadoras sociales actuamos como facilitadoras del cambio.

10. ¿Qué destacarías de todos los cambios que ha traído consigo la reforma psiquiátrica en Navarra? ¿Hay alguno que no se ha realizado y crees que es importante?.

- La manera de tratar a las personas con enfermedad mental, que empiezan a ser reconocidas como personas de derecho con lo que esto supone.
- La implantación de determinados programas como el asertivo-comunitario.
- Mayor desarrollo del espacio socio-sanitario y la ampliación de recursos del área de vivienda y empleo.

11. ¿Qué propuesta de mejora harías como trabajadora social al Trabajo Social Sanitario enmarcado en la red de salud mental Navarra?

- Más profesionales del Trabajo Social debido al volumen de trabajo.
- Existencia de unidad clínica de Trabajo Social, entendiendo que dentro de la misma haya un/a responsable de unidad que coordine, protocolice, asista a múltiples comisiones, etc... en aras de una atención de calidad e integral.

- Cambio del paradigma de la propia dirección de Salud Mental, excesivamente biologicista, hacia una visión más integral de la persona y una forma de trabajo con mayor calado de lo asertivo-comunitario. También una participación real en el proceso de las personas implicadas: pacientes y familiares.

